

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEL TRABAJO**

*Departamento de Psicología Social, Antropología Social,*

*Trabajo Social y Servicios Sociales*



**TESIS DOCTORAL**

**EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES  
ATENDIDAS POR LOS SERVICIOS SOCIALES**

**M<sup>a</sup> ROSARIO CASTILLA MORA**

**Málaga, Junio 2015**



Publicaciones y  
Divulgación Científica

AUTOR: María Rosario Castilla Mora

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de  
Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar,  
transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de  
la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL,  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL, TRABAJO SOCIAL Y  
SERVICIOS SOCIALES**

**Tesis Doctoral**

**Dirigida por Dr. D. Luis Gómez Jacinto y**

**Dra. Dña M<sup>a</sup> de las Olas Palma García**

**EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES ATENDIDAS  
POR LOS SERVICIOS SOCIALES**

**M<sup>a</sup> Rosario Castilla Mora**

**Málaga, Junio 2015**



## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas e instituciones a las que tengo que agradecer su colaboración en esta tarea tan exigente y gratificante de hacer una tesis. En primer lugar le agradezco al profesor Luis Gómez Jacinto que aceptara ser mi director de tesis y que, además, recomendara que mi amiga y compañera de profesión Mariola Palma García fuera la codirectora, lo que ha significado mucho para mí. Ambos me han aconsejado y dirigido en todo momento y me han ayudado a superar los problemas que han ido surgiendo. Mi más sincera gratitud a ambos.

A Maribel Hombrados por ser quien me dio el último impulso que necesitaba e hizo que presentase, allá por el mes de octubre del 2012, la solicitud para la realización de la presente tesis.

Entre las instituciones, destacar el Observatorio Municipal para la Inclusión Social del Ayuntamiento de Málaga, en concreto a sus técnicos Francisco Ruiz, M<sup>a</sup> Dolores Ruiz y Juan Antonio Bermúdez, quienes me han facilitado la relación de expedientes susceptibles de estudio y sin cuya inestimable colaboración hubiese sido imposible la realización de esta investigación. A M<sup>a</sup> Cruz, por haberme acompañado a los centros de servicios sociales donde había mayor número de expedientes, ayudándome a la selección y fotocopia de los mismos. A los directores y directoras de dichos centros por permitirme el acceso a los mismos y consultar los expedientes objeto de este estudio. A las trabajadoras y trabajadores sociales porque, en definitiva, son los profesionales que han recogido todos los datos en su quehacer diario.

A mis queridos codificadores Cristina y Mario por su buena predisposición e interés mostrado en todo momento, a pesar de la ardua tarea que han tenido que realizar.

A mis compañeros del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales por sus palabras de ánimo en todo momento y en especial a Laura Domínguez por su predisposición y apoyo personal.

A mi marido y a mis hijos por estar siempre ahí y poder contar con ellos cuando lo he necesitado, en especial a Javier que como ya doctor, ha sabido entender la situación en la que me encontraba y ha estado dispuesto a ayudarme cuando ha sido necesario. Sé que se sienten orgullosos de su madre y de la realización de este trabajo. Los cuatro son el motor de mi vida e igualmente un orgullo para mí. Sin ellos hubiese sido todo tan distinto...

A todos y todas MUCHAS GRACIAS

## ÍNDICE

<b>Presentación.....</b>	<b>11</b>
<b>Situación actual de las personas mayores en relación al maltrato..</b>	<b>18</b>

### **I. PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO:**

<b>EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES.....</b>	<b>35</b>
<b>I.1. Aproximación a una definición del maltrato a personas mayores</b>	<b>37</b>
<i>Problemas en la definición del maltrato a personas mayores.....</i>	<i>37</i>
<i>Diferentes definiciones del maltrato a personas mayores.....</i>	<i>39</i>
<b>I.2. Tipología del maltrato a las personas mayores.....</b>	<b>43</b>
<i>Tipología clásica del maltrato a personas mayores.....</i>	<i>46</i>
Maltrato físico.....	46
Maltrato psicológico o emocional.....	47
Maltrato económico.....	47
Abuso sexual.....	48
Negligencia.....	49
Abandono.....	49
Violación de derechos.....	50
Autonegligencia/autoabandono.....	50
<i>Tipología emergente de maltrato a personas mayores.....</i>	<i>51</i>
El Síndrome de la Abuela Esclava.....	51
Acoso o “mobbing” inmobiliario.....	54
<b>I.3. Ámbitos donde se puede producir el maltrato a las personas mayores.....</b>	<b>59</b>

Maltrato en el ámbito familiar.....	60
Maltrato en el ámbito institucional.....	65
Maltrato en el contexto social.....	70
<b>I.4. Perspectivas teóricas que abordan el maltrato a las personas mayores.....</b>	<b>72</b>
<i>Perspectiva Psicológica.....</i>	<i>73</i>
La Psicopatología del agresor.....	73
La Psicopatología de la persona mayor.....	74
Las demandas excesivas.....	75
<i>Perspectiva Psicosociológica.....</i>	<i>75</i>
Del aprendizaje social.....	76
Del intercambio social.....	77
<i>Perspectiva Sociológica.....</i>	<i>78</i>
Del interaccionismo simbólico.....	79
De la economía crítica y política del envejecimiento.....	80
Perspectiva feminista.....	82
<i>Perspectiva Ecológica.....</i>	<i>83</i>
<b>I. 5. Incidencia y prevalencia del maltrato a personas mayores.....</b>	<b>86</b>
<b>I. 6. Factores de riesgo del maltrato a personas mayores.....</b>	<b>94</b>
<i>Relacionados con la persona mayor.....</i>	<i>96</i>
Sexo.....	96
Edad.....	97
Estado civil.....	98
Nivel educativo.....	99
Aislamiento social.....	99



Dependencia.....	100
Psicopatología.....	101
Deterioro cognitivo.....	102
Comportamientos agresivos.....	102
Abuso de sustancias.....	103
Problemas económicos.....	104
Número de visitas a los servicios sanitarios.....	104
<i>Factores de riesgo asociados al responsable del maltrato.....</i>	<i>105</i>
Sexo.....	106
Dependencia económica.....	106
Abuso de sustancias.....	108
Inexperiencia.....	108
Aislamiento social.....	109
Estrés y sobrecarga.....	110
<i>Factores de riesgo estructurales.....</i>	<i>111</i>
Ayuda recibida.....	111
Aislamiento.....	113
Historia de violencia familiar.....	116
Conflictos familiares.....	117
Vivienda compartida.....	119
<i>Perfil de la víctima y del agresor.....</i>	<i>122</i>
<b>I. 7. Protección jurídica y social.....</b>	<b>125</b>

<b>II. SEGUNDA PARTE:</b>	
<b>ESTUDIO EMPÍRICO.....</b>	<b>139</b>
<b>II.1. Planteamientos metodológicos de la investigación.....</b>	<b>141</b>
<i>Delimitación de la investigación.....</i>	<i>141</i>
<i>Objetivos de la investigación.....</i>	<i>142</i>
Objetivo general.....	142
Objetivos específicos.....	142
<i>Método.....</i>	<i>143</i>
Procedimiento.....	145
Categorías asociadas a la víctima.....	146
Categorías asociadas al agresor.....	164
Proceso de codificación.....	173
<b>II.2. Resultados.....</b>	<b>177</b>
<i>Análisis de resultados.....</i>	<i>178</i>
Relacionados con el sexo de la víctima.....	180
Relacionados con la edad de la víctima.....	215
Relacionados con el estado civil de la víctima.....	244
Relacionados con el sexo del agresor/a.....	282
<b>II.3. Discusión.....</b>	<b>344</b>
<b>II.4. Conclusiones.....</b>	<b>360</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>365</b>

## **PRESENTACIÓN**

Mi quehacer profesional en el sistema sanitario durante más de veinte años me ha permitido tener un contacto directo con situaciones de malos tratos, ya que la detección y la intervención en los mismo se suele realizar, fundamentalmente, desde el ámbito sanitario y desde el ámbito social lo que ha hecho que el maltrato me haya interesado y preocupado desde años atrás. Esta motivación por el tema hizo que formase parte del grupo de trabajo que se creó en el Distrito Sanitario Málaga en el año 2000 con la finalidad de elaborar un protocolo de actuación ante casos de malos tratos. En los inicios la preocupación e interés del Distrito Sanitario se ceñía a la violencia de género al ser la más conocida y visibilizada, ya que las mujeres empezaban a presentar denuncias con mayor frecuencia y los medios de comunicación a visibilizarla (nadie puede olvidar el asesinato de la granadina Ana Orantes en diciembre de 1997 a manos de su exmarido, prendiéndole fuego viva). El protocolo que se elaboró iba destinado a los profesionales del Distrito para casos de violencia de género, aunque en breve se hizo extensivo también a los profesionales de los hospitales, además sirvió de base para la creación de una comisión interinstitucional que se reuniría periódicamente y haría un seguimiento del mismo. Una vez elaborado el protocolo, los miembros del grupo nos distribuimos por los Centros de Salud de Málaga para impartir formación específica, a los profesionales de los mismos, sobre violencia de género y dar a conocer el protocolo. El trabajo desarrollado se presentó en el Foro Mundial de Mujeres contra la violencia, organizado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia y celebrado del 23-25

noviembre del año 2000 en Valencia. El grupo de trabajo recibió un premio por parte de la Delegación Provincial de Salud de Málaga, con motivo del Día de Andalucía, en Febrero del 2002. En la actualidad existe el “Protocolo Andalúz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”, elaborado por una comisión interdisciplinar, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. No existe en Andalucía un protocolo específico para Maltrato a Personas Mayores, siendo en la actualidad de aplicación el de violencia de género.

En marzo del 2010 obtengo la plaza como profesora colaboradora de la Universidad de Málaga, en el área de Trabajo Social y Servicios Sociales, en la que hasta dicha fecha estaba como profesora asociada. Este hecho hizo que me plantease la posibilidad de la realización de una tesis doctoral y el tema por el que sentía mayor predilección era el de los malos tratos o trato inadecuado a las personas mayores por considerar que es un colectivo muy vulnerable y ser esta la forma de violencia intrafamiliar menos visible y la última categoría de maltrato por la que la comunidad científica se ha preocupado (Pérez, 2004; Reay y Browne, 2002). En el curso 2010-11, realicé el máster de Intervención e Investigación Social y Comunitaria, realizando ya el trabajo fin de máster sobre maltrato a personas mayores.

En la actualidad es evidente que existe un mayor grado de sensibilización hacia este problema social y de salud que, no hace tanto tiempo, carecía de reconocimiento social, político y científico, aunque no se percibe aun como un problema tan importante como la violencia de género o el maltrato infantil. Estamos ante un fenómeno de *tipo iceberg* del que sólo se conoce

una pequeña parte y que es necesario visibilizar ya que se supone irá en aumento debido al incremento de la esperanza de vida y, como consecuencia irremediable, al proceso de envejecimiento de la población. Las personas mayores constituyen el segmento de población que está creciendo más rápidamente en todo el mundo y, debido a su edad, es probable que en algún momento aparezca algún tipo de dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Pérez-Rojo, 2008). En cambio la sociedad cada vez pone mayores dificultades a este grupo etario ya que debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, desde el ámbito familiar, es más complicado el cuidado de los mayores. Como señala Esping-Andersen (2004), en nuestro país existe una división de responsabilidades entre la familia, el mercado y el estado para el cuidado de mayores, produciéndose en la actualidad, una menor implicación del estado en contraposición a una tremenda responsabilidad de la familia, que ha de recurrir a apoyos externos por la sobrecarga en los cuidadores. Esta sobrecarga y la carencia de formación específica al respecto, va a traer consecuencias negativas no sólo al cuidador sino también al receptor de los cuidados siendo uno de ellos el riesgo de poder sufrir maltrato.

Motivada por todo ello se comenzó esta investigación que hoy se presenta y defiende ante este tribunal, la cual se va a ceñir al análisis de los casos de malos tratos detectados, durante el periodo comprendido entre enero del año 2003 y junio del 2013, en el ámbito familiar, por los trabajadores sociales de

los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, correspondiente a cada uno de los once distritos municipales en los que se divide la ciudad de Málaga.



Dichos Centros están conformados por 64 Unidades de Trabajo Social (UTS) y 185 Núcleos de Trabajo Social (NTS). Según datos del Observatorio para la Inclusión Social (2014), el total de habitantes de Málaga es de 575.322, de los que 88.263, 15,3%, son personas mayores de

64 años (40,4% varones y 59,6% mujeres), siendo la tasa de dependencia de los mismos del 22,4%. En la tabla 1 se muestra la distribución de la población por distritos municipales.

Tabla 1. Distribución de la población por distritos, en porcentajes.

Distrito municipal	Habitantes	%
Nº 1 Centro	83.447	14,5
Nº 2 Este	58.638	10,2
Nº 3 Ciudad Jardín	37.004	6,4
Nº 4 Bailén-Miraflores	61.287	10,7
Nº 5 Palma-Palmilla	30.205	5,3
Nº 6 Cruz Humilladero	87.970	15,3
Nº 7 Carretera Cádiz	116.840	20,3
Nº 9 Churriana	19.181	3,3
Nº 10 Campanillas	18.090	3,1
Nº 11 Teatinos-Universidad	34.405	6,0

Fuente: Observatorio Municipal para la Inclusión Social, 2014.

La población no se distribuye de forma homogénea por toda la ciudad, siendo Carretera de Cádiz con 116.840 habitantes el Distrito municipal más poblado, en él reside la quinta parte de la población. Le siguen Cruz de Humilladero con 87.970 habitantes y el Distrito Centro con 83.447 habitantes.

Respecto a la forma de convivencia en Málaga de las personas mayores de 64 años, un alto porcentaje viven solas, concretamente el 37,7% de los

hogares son unipersonales, siendo el 22,2% varones y el 77,8% mujeres (Ruiz, Bemúdez y Ruiz, 2014).

Con este estudio se pretende analizar las características del maltrato a las personas mayores que se produce en la ciudad de Málaga: perfiles de las víctimas y agresores, factores de riesgo, etc. Su conocimiento es decisivo de cara a permitir a los profesionales sociosanitarios su detección y poder llevar a cabo o proponer algún tipo de intervención profesional y, en última instancia, contribuir a su prevención. En el maltrato a personas mayores a los actores, víctimas y agresores, les suelen unir lazos de tipo consanguíneo, conyugal, o bien tratarse de personas que, sin ser estrictamente familiares, son sentidos como íntimos y en los que la persona mayor pone su confianza. El maltrato a personas mayores es un problema social y de salud, que provoca un grave deterioro físico, psicológico y social en quién lo padece, siendo necesario proseguir en su estudio y conocimiento al ser una de las formas de violencia que permanece más oculta y desconocida.

La presente tesis está estructurada en dos partes. En la primera parte se aborda el maltrato a las personas mayores desde el punto de vista teórico, haciendo referencia a aspectos generales del maltrato hacia las personas mayores: definiciones, tipologías, perspectivas explicativas, perfil de la víctima y del agresor, factores de riesgo, etc. En la segunda parte se presenta el estudio empírico: justificación, objetivos, método, procedimiento, resultados y discusión. Previamente a ambas, se hace un breve análisis referente a la situación actual y a las características de las personas mayores como grupo etario.



En la misma se va a utilizar el término “personas mayores” en referencia a las personas, hombres y mujeres, de 65 años y más, por ser el preferido por los ciudadanos mayores españoles, como quedó constancia en la encuesta realizada en 1992 por la Comisión Europea con motivo del *Año europeo de la tercera edad y la solidaridad entre las generaciones*, respecto al término preferente para referirse a las personas mayores como colectivo, mostrando una falta de acuerdo entre los países de la Unión Europea. Los dos términos preferidos fueron el de «personas mayores» (España, Alemania Oriental, Grecia, Italia, Luxemburgo y Portugal), y «ciudadanos de tercera de edad» (Reino Unido, Irlanda, Alemania Occidental). Países como Dinamarca y Holanda se decantaron por el término «ancianos», mientras que Bélgica y Francia por «jubilados» (IMSERSO, 2008, p. 22). Así mismo, a lo largo del texto se utilizará un lenguaje neutro o común, considerándose el uso del “masculino” como genérico.

## **SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN RELACIÓN AL MALTRATO**

El Maltrato a las Personas Mayores (en adelante MPM) es un problema social y de salud que permanece aún muy oculto e ignorado socialmente. Aunque la simple idea de concebir un abuso de poder sobre una persona que, supuestamente, debería ser objeto de atención y respeto por parte de sus congéneres, es rechazada por inmoral e injusta, la historia constata cómo el abandono de las personas mayores a la muerte ha venido siendo una práctica frecuente entre pueblos donde la escasez de alimentos hacía peligrar la supervivencia del grupo; tal es el caso de los Ciriones bolivianos, los Fangs de Gabón, los Bosquimanos del sur de África, los Chuckees de Siberia, o los Ojibwos del Canadá, en los que se observan conductas eliminatorias frente a sus ancianos. Igualmente, en sociedades civilizadas hasta el Siglo XVIII se cumplían ceremonias que tenían por objeto la expulsión de los ancianos del grupo social. En otras colectividades primitivas el jefe se veneraba como una encarnación de la divinidad, pero si la edad lo iba debilitando y no se encontraba en condiciones de defender con eficiencia su pueblo, entonces recurrían a matarlo antes de que sufriera esa declinación.

En las familias tradicionales existen unas reglas implícitas y unas normas que han propiciado que situaciones de trato inadecuado a los mayores permanezcan ocultas, o, en algunos casos, simplemente que exista una omisión de sus funciones por parte de los miembros de la unidad familiar. De todos es conocido que entre los valores, tanto de la familia extensa como

de la familia nuclear, estaba asumido como una de sus funciones el cuidado de sus mayores.

Tanto los datos europeos como los nacionales confirman de forma consistente que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006; Crespo y López, 2007; García, Mateo y Eguiguren, 2004). Pero a pesar de ver a la familia como el ámbito en el que se proporciona cariño y afecto y ser considerada lugar de protección para sus miembros (Steinmetz, 1990), es precisamente en este ámbito en el que existe la mayor proporción de maltrato hacia las personas mayores, siendo los parientes o familiares que están más en contacto con una persona mayor, en particular hijos y cónyuges, quienes con más frecuencia, son los responsables del mismo (National Center on Elder Abuse, 1998; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Schiamberg y Gans, 2000). Todo ello con independencia de la omisión en la provisión de dichos cuidados por parte de la familia, lo que provoca una gran vulnerabilidad en la persona mayor. Así pues, aunque cada vez hay mayor interés por el MPM aún es un problema difícil de detectar y, aún más difícil, de darle respuesta.

En la actualidad, en las familias postmodernas el respeto, la valoración y la atención a nuestros mayores es un valor que se encuentra en claro retroceso, convirtiéndose incluso en fuente de conflicto familiar al necesitar éstos de atención y cuidados y no poderse los ofrecer. Pero no es únicamente la familia la que minusvalora al mayor, es la sociedad en general la que no lo tiene en cuenta. Estamos en una sociedad capitalista, que lo que más

valora son las fuerzas productivas y como las personas mayores no producen, no interesan o interesan poco, siendo discriminadas simplemente por razón de edad. Hoy día el número de personas mayores que no reciben el trato y el cuidado necesario va en aumento. No podemos obviar el envejecimiento de la población, como consecuencia de la baja natalidad y del aumento de la esperanza de vida.

España se encuentra en proceso de crecimiento de envejecimiento de la población. Según el Avance de Explotación del Padrón 2012 (INE), el 1 de enero de 2012 había 8.221.047 personas mayores, el 17,4% sobre el total de la población (47.212.990). En este colectivo, cada vez menos homogéneo, se produce un mayor crecimiento de la proporción de octogenarios, representando en la actualidad el 5,3% de toda la población, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores. En Málaga el porcentaje de personas de 65 años y más, es del 15,3% (88.263). Según dicho avance la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad, lo que unido a la mayor longevidad de las mujeres, dibuja una forma de convivencia en pareja, mayoritaria entre los hombres de más de 65 años, mientras que entre las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas. Según datos del INE (Indicadores sociales, 2011) el 19,88% de los mayores de 65 años viven solos, de los que el 10,52% son hombres y el 26,91% mujeres. En Andalucía esta cifra se eleva ya que viven solos el 24,95%. En la tabla 2 se observa la evolución de la población mayor de 65 años en el presente siglo XXI.

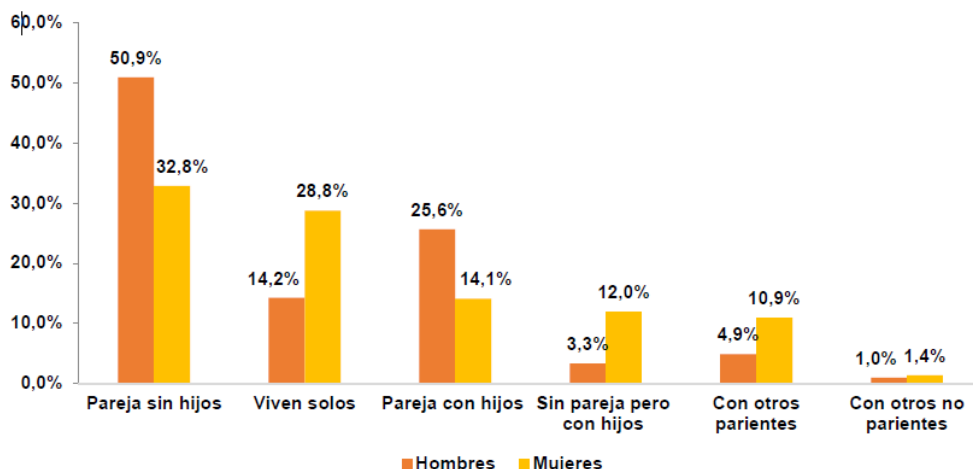
Tabla 2.- Evolución de la población mayor de 65 años, 2001-2049

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2012	47.212.990	8.221.047	17,4%	5.729.347	12,1%	2.491.700	5,3%
2021	47.111.888	9.221.878	19,6%	6.456.179	13,7%	2.765.699	5,9%
2031	47.600.362	11.450.819	24,1%	8.027.182	16,9%	3.423.637	7,2%
2041	47.959.400	14.020.292	29,2%	9.517.427	19,8%	4.502.865	9,4%
2049	47.966.653	15.325.273	31,9%	9.680.933	20,2%	5.644.340	11,8%

Fuente: Abellán y Ayala (2012). IMSERSO, Informes Portal Mayores nº 131

La edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad. Según la Encuesta Continua de Hogares del año 2013 (INE, 2014) la forma de convivencia más común en las personas de 65 o más años que viven en viviendas familiares es en pareja sin hijos en el hogar (40,7%), seguida de solas (22,5%) y en pareja con hijos (19,1%). Entre las personas de 85 y más años la forma más común es vivir solas (352.900 personas, lo que supone un 34,0%), seguida de con otros parientes que no son su pareja ni hijos (figura 1).

Figura 1. Formas de convivencia de las personas mayores de 65 años

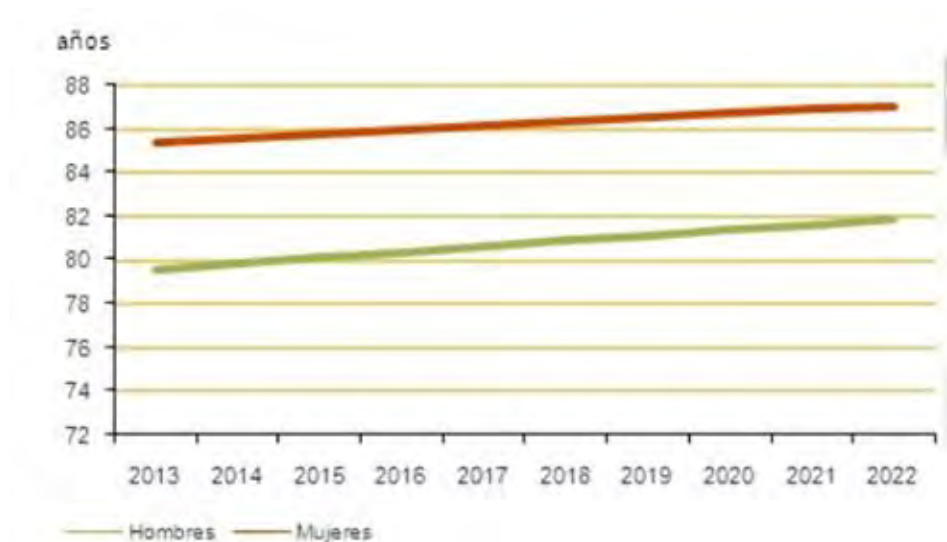


Fuente: INE (2014). Encuesta Continua de Hogares.

Con respecto a la esperanza de vida, España alcanza una de las más altas de la Unión Europea, llegando las mujeres españolas a la esperanza de vida al nacer de 85,1 años, y los varones de 79,4 años (INE, 2014). De mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad en la población española, como se observa en la figura 2, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría 81,8 años en los hombres y 87,0 años en las mujeres en el año 2020. Para el año 2051 estos valores serían 86,9 años para los hombres y de 90,7 años para las mujeres (INE, 2014). Cruzando este dato con el incremento en la tasa de pobreza, situada en el 21,7%, (19,9% para los hombres y del 23,1% en mujeres) es posible predecir que la población mayor va a estar conformada mayoritariamente

por mujeres solteras o viudas que viven solas y que cuentan con escasos recursos económicos.

Figura 2. Proyección a corto plazo de la esperanza de vida al nacer.



Fuente: Proyecciones de población a corto plazo. Parámetros de evolución demográfica. INE

Nuestra sociedad se ha convertido en una sociedad anciana (Bazo, 2001), lo que ha propiciado, incluso, la aparición de un nuevo concepto, al que algunos autores han dado en llamar *edadismo* (Butler y Lewis, 1973; Bytheway, 1994) que se refiere a la desigualdad y a la discriminación que sufren las personas mayores en la sociedad. Una discriminación que se encuentra oculta, pasa desapercibida y es aceptada socialmente. El edadismo llevaría a una falta de respeto e indiferencia hacia las personas mayores, manteniendo una visión negativa, percibiéndola como una persona dependiente que necesita continuamente ayuda y apoyo y con actitudes

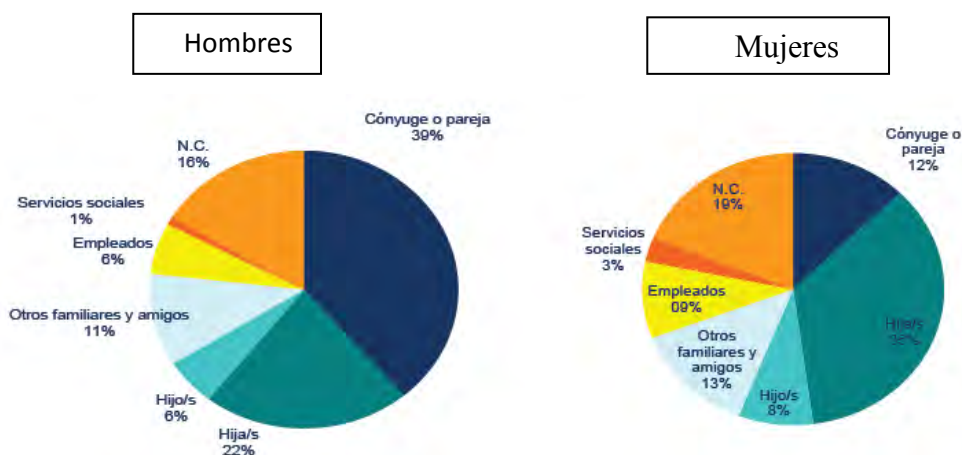
infantilizadoras hacia ella, tratándola como si fuera un niño (Gordon y Brill, 2001; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Es paradójico el aumento de población en esta franja etaria y la posición relegada que ocupan hoy día las personas mayores en la estratificación social (Gracia Ibáñez, 2012).

Junto a los cambios demográficos y el aumento en la esperanza de vida, están los cambios producidos en los últimos años en los modelos familiares. La familia tradicional ha cambiado y aparecen un gran número de modelos que alteran todo el sistema familiar. El modelo de familia extensa dio paso a la familia nuclear hasta la aparición, en el último cuarto del siglo XX, de otros modelos tales como familias unipersonales, monoparentales, reconstituidas, homoparentales, uniones de hecho, entre otras, y que, como se acaba de decir, alteran todo el sistema familiar. La mujer estaba asociada a la casa y a la familia, siendo su función primordial la procreación. Se encargaba de la organización doméstica y en las zonas rurales, además, de las labores del campo. Permanecía en la casa y sobre ella recaía la atención y el cuidado de los miembros de la familia. Pero la incorporación de la mujer al mundo laboral ha llevado a un cambio de su rol en la sociedad y en la familia, impactando negativamente sobre el cuidado familiar, a pesar de ser aún la “cuidadora” por antonomasia, pues como bien dicen Rodríguez y Sancho (1999), el cuidado de los mayores tiene género femenino y número singular. Si lo anterior se une al envejecimiento de la población provoca que en la actualidad se esté ante un aumento considerable del número de personas que necesitan de cuidados, pues, irremediablemente, edad avanzada y dependencia van unidas debido a enfermedades degenerativas



y/o al deterioro cognitivo (los mayores de 85 años presentan mayor dependencia), pero la capacidad de ofrecer estos cuidados por parte de las familias es cada vez menor. En España, según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situación de Dependencia (INE, EDAD, 2008), el 76,3% de la población cuidadora es mujer, siendo la persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores su cónyuge en el 39% de los casos, seguida de su hija, en el 22%. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, siendo las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados en el 35%, seguidas de otros familiares y amigos, 13%, y del cónyuge en el 12% de los casos (Figura 3). En la mayoría de los casos, los cuidadores no realizan otros trabajos remunerados (Abellán y Ayala, 2012).

Figura 3. Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda.



Fuente: Abellán y Ayala. IMSERSO, Informes Portal Mayores nº 131, 2012.

Las tareas que realizan están en relación con la cobertura de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de las personas dependientes. La Ley 39/2006, *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante Ley de Dependencia), de 14 de diciembre, en su artículo 2.2 define dependencia como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Y continúa en su artículo 2.3 definiendo las ABVD como:

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

El problema estriba en que estos cuidados se alargan en el tiempo y en intensidad, provocando graves desajustes personales y familiares que pueden desencadenar estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o negligencia (Fulmer, Street y Carr, 1984). Aunque quien proporciona los cuidados, en la mayoría de los casos, es una mujer que cuida por “imperativo moral”, por obligación, en la que también el afecto y el cariño están presentes (Domínguez y Bazo, 1996; Crespo y López, 2007), en diferentes investigaciones queda de manifiesto que la persona que agrede

es, en un alto porcentaje, del género masculino (Bell, Oyebode y Oliver, 2004; Castilla y Palma, 2014; Iborra, 2008).

Estos cambios sociodemográficos que se están produciendo están transformando la cultura mediterránea. La persona mayor ya no es una figura con un papel importante dentro de la dinámica familiar y social sino todo lo contrario, tiene una mínima relevancia y, además, supone una carga para la familia por su necesidad de cuidados. A este respecto cabe señalar, como algo positivo y a tener en cuenta, la puesta en marcha de la anteriormente mencionada Ley de Dependencia que ha supuesto el desarrollo de nuevas prestaciones y servicios sociales, viniendo así a mitigar en parte la sobrecarga al, mal llamado, cuidador o cuidadora informal que suministran los cuidados de larga duración con una frecuencia y periodicidad intensa, durante muchas horas al día, y sin el apoyo de otras personas. Esta Ley, acogida y esperada con grandes expectativas por toda la sociedad, está actualmente en claro retroceso debido fundamentalmente a los recortes sociales recientes, lo que está ocasionando que no se desarrolle y se vaya implantando en el tiempo y en los plazos previstos y que las personas valoradas como dependientes, en cualquiera de los tres grados, no tengan acceso a los recursos. Todo ello va a traer consecuencias negativas no sólo al cuidador, sobrecargándole en exceso, sino también al receptor de los cuidados siendo uno de ellos el riesgo de poder sufrir maltrato.

Teniendo en cuenta la tendencia demográfica, el MPM en el ámbito familiar, ha de ser considerado una prioridad colectiva que urge ser explicada y abordada. Según la International Network for the Prevention of

Elder Abuse (INPEA), en el mundo el 4% de las personas mayores que viven en hogares privados y el 30% de los que viven en centros residenciales, son víctimas de abuso (Melchiorre, Chiatti y Lamura, 2012). No es hasta los años setenta cuando comienza a estudiarse esta tipología de maltrato por primera vez en Gran Bretaña, pero únicamente se hacía referencia al maltrato hacia las mujeres, reconociéndose posteriormente en el contexto científico internacional que las personas mayores constituyen una población de riesgo susceptible de recibir maltrato siendo el MPM la última categoría (violencia de género y maltrato infantil) por la que los investigadores se han preocupado. Hoy día el MPM es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema social y de salud, que preocupa a los profesionales y sobre el que cada vez se realizan más investigaciones.

Las primeras publicaciones respecto al MPM surgen a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta en Gran Bretaña, con los artículos elaborados por Baker (1975) y Burston (1975), haciendo referencia explícita únicamente al maltrato producido dentro del contexto familiar, dirigido exclusivamente hacia mujeres mayores y sólo al maltrato físico (Block y Sinnott, 1979; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Wolf, Strugnell, y Godkin, 1982). Se describió por primera vez en el año 1975, en una carta publicada por G.R. Burston en la revista *The British Medical* bajo el título “Granny battering” (abuela golpeada). Las primeras investigaciones se realizaron en Estados Unidos por Lau y Kosberg (1979) sobre una muestra de 404 personas mayores residentes en la comunidad, en

la que se concluyó que un 9,6% de ellas presentaba síntomas de malos tratos, siendo el físico el tipo de maltrato que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico; que raramente se daba un único tipo; y que eran las mujeres las que con mayor frecuencia eran víctimas de malos tratos (77%). Tuvieron que pasar unos años antes de que el asunto mereciera crédito político y de investigación, siendo el Congreso de Estados Unidos quien se preocupó por el tema a nivel político y social. A posteriori fueron los investigadores y los profesionales del campo de la salud y de los servicios sociales quienes abordaron el tema. A partir de la década de los años ochenta el interés y la preocupación por el MPM fue haciéndose extensivo a diferentes países, adquiriendo así el tema relevancia a nivel mundial, desarrollándose investigaciones y trabajos diversos.

En España la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid (2002), supuso un impulso definitivo para la investigación acerca de los malos tratos hacia las personas mayores, asumiendo un papel protagonista en el mismo el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) en colaboración con la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. A partir de entonces, en nuestro país se han ido produciendo cada vez más investigaciones y estudios sobre el tema (García y Castilla, 2011; Iborra, 2006; Pérez Rojo, 2008; Tabueña, 2006).

Aunque el maltrato físico es importante y puede producir graves secuelas, no se puede pasar por alto la importancia del maltrato psicológico y social, el desprecio o la infravaloración por la vejez, la falta de consideración y de respeto, el aislamiento, la soledad, la carencia de apoyos, tanto formales

como informales, el hacer uso inadecuado de sus bienes o pertenencias, que pueden tener igual, o incluso mayores consecuencias negativas que el maltrato físico evidente. Todo ello quedó reflejado en un estudio realizado por la OMS y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano en el año 2001, en el que participaron ocho países: Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenia, Líbano y Suecia. Para su realización se utilizaron grupos focales con personas mayores de la comunidad y con trabajadores sanitarios de atención primaria, con el fin de identificar los malos tratos y en el que las personas mayores dijeron frases como estas: *“Una palabra desagradable dirigida a un anciano resulta más cruel que una puñalada”* (Líbano). *“...Cállate!, toma lo que te damos, y no te quejes”* (Canadá), *“Se sienten despreciados, insultados, ignorados por el gobierno o las agencias de la seguridad social, o tratados con malos modos en las tiendas, el transporte público, etcétera; el sentimiento general es que las personas mayores están siendo empujadas hacia los límites de la sociedad”* (Austria). En la bibliografía consultada encontramos que el MPM más frecuente es el psicológico, seguido del maltrato físico y del abuso económico (Pérez-Rojo, 2006).

En general, en los últimos años ha habido un incremento de los estudios a nivel internacional. Los resultados de éstos sólo pueden ser utilizados como datos orientativos, ya que son difíciles de comparar y generalizar debido a que los objetivos y metodologías empleados en ellos son muy diferentes (Lafata y Helfrich, 2001; O’Keeffe et al., 2007; Schiamberg y Gans, 2000).

Con todo ello, la investigación sobre el MPM ha ido aportando mayor capacidad de evaluación de esta realidad. En el caso del MPM en el ámbito familiar, la literatura relacionada ha evidenciado que éste se puede producir por múltiples causas, y entre ellas ha de preocupar a los agentes de la intervención social todo lo relacionado con la falta de formación y preparación de las familias ante la necesidad de cuidar a sus mayores. Sobre todo, cuando han de afrontar esa falta de conocimiento, de información y de estrategias en el cuidado a sus mayores, normalmente en soledad y durante largos periodos de tiempo, careciendo de ayudas o de prestaciones técnicas, de medios adecuados y de soporte emocional, lo que puede llevar aparejado que la atención no sea la adecuada y que produzca en el cuidador estrés, agresividad, intolerancia, etc. Esta situación que deriva en aumento del estrés en la figura del cuidador, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el MPM (Anetzberger, 2005).

De manera global se constata que el maltrato a mayores se produce tanto en el ámbito social-comunitario, institucional como en el familiar, se presenta de diversas formas y su ocurrencia es independiente del género de la persona mayor (Sancho, 2007). Es en éste último, el ámbito familiar, donde se va a centrar la presente investigación.





## **PRIMERA PARTE. Marco teórico**



## **EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES.**



## **I. 1. APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES (MPM).**

### *Problemas en la definición del maltrato a personas mayores*

El MPM, por diferentes motivos, carece de una definición universalmente aceptada. Uno de ellos podría ser que el concepto de maltrato, en sus inicios, aparecía restringido al maltrato físico dirigido hacia la mujer mayor dentro del contexto familiar (Baker, 1975), pero poco a poco, este concepto ha ido cambiando e incluyendo diferentes acepciones; no estableciendo diferencias de género ni de contexto de ocurrencia, entorno familiar, institucional o en la comunidad (Gordon y Brill, 2001). El MPM ha recibido distintas denominaciones, como “granny battering” (maltrato a abuela) (Baker, 1975), “granny bashing” (ataques a la abuela) (Burston, 1975), “inadequate care of the elderly” (atención inadecuada a los ancianos) (Fulmer y O’Malley, 1987), hasta llegar al actualmente consensuado “elder abuse” o maltrato a personas mayores. Aún así siguen utilizándose diferentes términos, tales como “maltrato”, “abandono” y “negligencia”, encontrando en nuestro medio la tendencia a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con su responsabilidad (Jürschik et al., 2013). Añade mayor complejidad el que hayan sido diferentes las perspectivas desde las que la investigación se ha aproximado a este tema: desde la víctima, la persona cuidadora, el profesional (médico, enfermera, trabajador social), las instituciones, etc.

(Glendenning, 1993). En relación a la perspectiva aportada por los profesionales, diferentes estudios han señalado que ésta se realiza en ocasiones sin consultar a las propias personas mayores sobre qué consideran ellas que es un comportamiento abusivo (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Pérez, 2004, 2008). Estas investigaciones, a su vez, se han realizado desde contextos culturales con valores, actitudes y creencias individuales y/o grupales diferentes, lo que lleva a una mayor indefinición. A consecuencia de todas estas razones el MPM sigue presentando dificultades para ser considerado por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales como un tema importante, a pesar de haber sido reconocido por la OMS como un problema social y de salud.

La consecuencia de que no exista una definición consensuada y aceptada, conlleva a que los diferentes profesionales tengan dificultad para llegar a un acuerdo sobre lo que consideran o no MPM de cara a su posible detección e intervención. En lo que sí hay unanimidad es en que el MPM se produce debido a conductas que una persona realiza, intencionada o no intencionadamente, y que causa daño a una persona mayor (De Miguel, 2011). Se incluye por tanto el concepto de violencia, centrando así la atención en el abuso de poder realizado desde una perspectiva de posición de confianza en relación a la víctima con su cuidador-agresor, semejante a la violencia de género en la que el hombre “impone” su fuerza para someter a la mujer. Todo ello presenta un concepto de MPM mucho más amplio y complejo, en el que hay que tener en cuenta a la persona mayor, en cuanto víctima, pero también su contexto familiar, institucional y estructural.

A modo de resumen y de acuerdo con Tabueña (2006), ante la complejidad en la definición del MPM, es posible señalar tres puntos claves: la falta de consenso universal sobre la definición de abuso y maltrato; el abuso y el maltrato ejercido sobre las personas mayores tienen menor relevancia, tanto para la sociedad en general como a nivel político, que el ejercido sobre los menores y las mujeres, y por último las características de las personas mayores y sus cuidadores no son las que producen maltrato, pero en caso de coincidir con una situación de crisis o sobrecarga, pueden ocasionarlo. Este último aspecto se podría evitar o prevenir si, desde las administraciones públicas, se facilitasen apoyos formales para mitigar dicha sobrecarga en el cuidador.

### *Diferentes definiciones del maltrato a personas mayores*

Desde que empezaron a realizarse las primeras investigaciones sobre MPM, han existido dos líneas o tendencias diferentes. Por un lado se buscó conceptualizar el maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores (Johnson, 1986), y, por otro, se intentó llegar a una clasificación de los diversos tipos de maltrato y/o negligencia hacia los mismos (Block y Sinnot, 1979; Lau y Kosberg, 1979). Así pues, se han desarrollado numerosas definiciones utilizadas para propósitos muy diferentes, creando al mismo tiempo, barreras a la hora de conseguir un entendimiento común (Pérez-Rojo, 2008). En los inicios en los que se empezó a estudiar el MPM (Baker, 1975; Burston, 1975) sólo se contemplaba el maltrato físico. Avanzando en el tiempo, en 1987 la Asociación Médica Americana (AMA) elabora una

definición, desde el punto de vista de la salud biopsicosocial, y no limitándose únicamente al maltrato físico, en la que contempla que

El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor. (Citado en Pérez-Rojo, 2008, p.11)

En la actualidad existe un mayor acuerdo o consenso con la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 en la Declaración de Toronto, que fue propuesta en el año 1995 por el International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) y ratificada en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002. Dicha Declaración dice así:

El maltrato hacia las personas mayores es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. (OMS, 2002, p. 3)

En esta definición se considera maltrato siempre que exista un “vínculo” entre víctima y agresor, que genera una expectativa de confianza de la primera respecto al segundo. Esta expectativa de confianza es una condición



imprescindible para establecer que una conducta violenta hacia una persona mayor puede ser considerada como una conducta de maltrato o trato inadecuado, de forma que incluso pueda ser considerado por el Código Penal como agravante a la hora de aplicar una pena (Toledano, 2011). Igualmente es necesario que la conducta, aunque no sea intencionada, provoque un daño o riesgo significativo de daño, lo que dificulta aún más tanto la intervención como la prevención del MPM.

Referente a nuestro país, en el año 1996 tuvo lugar en Almería la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, de donde salió la llamada Declaración de Almería, según la cual

Maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones). (Citado en Sancho, 2007, p.17)

Esta definición fue realizada por profesionales de distintas disciplinas y en la misma se destaca la intencionalidad o no del acto violento y el ser percibido como tal por la persona mayor. Otra definición es la elaborada por el Centro Reina Sofía de Valencia (2008) en la que considera el MPM como

Cualquier acción voluntariamente realizada, es decir, no accidental, que pueda causar o cause un daño a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir

en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo. (Iborra, 2008, p. 14)

En esta definición, igualmente, se recoge la necesidad de provocar daño o amenaza de daño, la expectativa de confianza y tanto que se infrinja por acción como por omisión. Por último Rueda et al. (2008) entienden por maltrato

Cualquier acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizado de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se produce en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia. (p.79)

De todas las definiciones anteriormente expuestas, se concluye que el maltrato es un comportamiento del que se pueden derivar consecuencias penales y morales, que produce en la persona mayor un daño o dolor innecesario, que vulnera los derechos y la dignidad de la persona y que se produce en una relación de desventaja o vulnerabilidad, aunque, paradójicamente, las personas que lo infringen deberían proporcionarle un trato especialmente cuidadoso, fruto de una relación basada en la confianza (Rueda y Martín, 2011). La mayoría de las definiciones giran en torno a la noción de omisión u acción de una conducta que puede ser intencional o no,

en la que existe un lazo o expectativa de confianza y que, normalmente, suele aumentar en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo.

Para concluir este apartado se puede afirmar que es importante el consenso de una definición común que permita avanzar sobre el MPM, ya que de acuerdo con Johnson (1986) no es posible evaluar o producir conocimiento sobre esta realidad, que se ha convertido en un problema social y de salud pública, sin disponer de un marco de referencia definitorio común. La inexistencia de dicho referente puede llevar a los profesionales a confusión de cara a la detección del mismo y a los investigadores a la utilización de diferentes metodologías e instrumentos para su estudio, con el riesgo de llegar a resultados diferentes e inconexos, y en cualquier caso, difíciles de comparar.

## **1.2. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES**

No existe en la bibliografía consultada una única clasificación o tipología del MPM, utilizándose términos como violencia, abuso, negligencia, atención inadecuada, etc., para explicar el mismo concepto. El que exista una clasificación única es importante por dos motivos fundamentales. En primer lugar porque en función del tipo de maltrato que se esté cometiendo o sufriendo habrá que poner en marcha unas determinadas estrategias de intervención. Y, por otro lado, porque el hecho de conocerse cada tipo específico de maltrato y sus indicadores correspondientes, va a facilitar a los diferentes profesionales el conocimiento de éstos y les va a situar en mejor

posición, en su quehacer profesional, para la identificación y la detección del mismo.

En los inicios del estudio del MPM, únicamente se contemplaba el maltrato físico, pero sólo el cometido a mujeres (Baker 1975; Burston, 1975). El maltrato físico ha sido considerado por otros autores (Johnson, 1986; Pillemer y Sutor, 1988) como el único posible ya que es el que da como resultado una lesión. Con el tiempo y el avance en las investigaciones, se han ido introduciendo otras tipologías de maltrato, ya que es obvio que existen ciertos comportamientos y actos, diferentes a la violencia física (ignorar, infantilizar, recluir, amenazar, etc.), que pueden ser tan dañinos para la persona mayor como los golpes.

Aunque existen diversidad de tipologías, la mayoría de los autores admiten el abuso físico, el psicológico, el financiero, el sexual y la negligencia como tipos de maltrato (Dong, Simon y Evans, 2012; Pérez-Rojo, 2008), a las que posteriormente se le han sumado el abandono o la violación de derechos (DeLiema, Gassoumi, Homeier y Wilber, 2012; Pérez-Rojo y Chulián, 2013), o incluso la autonegligencia o el autoabandono (Rueda y Martín, 2011; Tabueña, 2006). Esta última, es cuestionada por algunos autores, al ser la propia persona mayor la que se causa el daño y no existir nadie externo como responsable del maltrato (Anetzberger, 2005; Choi y Mayer, 2000). En el presente trabajo se incluyen otras dos categorías emergentes de MPM que, al menos en nuestro país, se están produciendo cada vez con mayor frecuencia. Se trata del Síndrome de la Abuela Esclava (SAE), que ha sido reconocido por la OMS como otro

tipo de MPM y que tiene graves consecuencias para la víctima y, por último, el Acoso Inmobiliario que, aunque no es una forma específica de violencia familiar, se está produciendo en la actualidad cada vez con mayor frecuencia, siendo las víctimas fundamentalmente las personas mayores. Dado el desconocimiento que existe de los mismos, sobre lo que aún se ha investigado poco, en el presente trabajo su análisis va a ser más exhaustivo con el objetivo de darlos a conocer de cara a la detección e intervención, a la vez de que se vayan incluyendo en la tipología de MPM.

Los diferentes tipos de maltrato no se producen de forma única, sino todo lo contrario, en la mayoría de los casos es frecuente, como ha quedado patente en los estudios realizados (DeFour, 2012; DeLiema, Gassoumi, Homeier y Wilber, 2012; Jayawardena y Liao, 2006), que diferentes formas de maltrato estén presentes en la misma persona de manera simultánea y además aumentan en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo, por lo que las agresiones se repiten (Castilla y Palma, 2014). Según la INPEA (2007) más de un 30% de las personas mayores maltratadas experimentan más de un tipo de maltrato. En el estudio realizado por DeLiema (2012), el 21% de las personas mayores maltratadas, habían sufrido múltiples formas de maltrato; el 30,7% informaron haber sufrido más de un incidente de violencia física, psicológica o sexual. Igualmente en dicho estudio se constató que el 23% habían sido víctimas de abusos físicos o sexuales antes de los 65 años de edad. Estos datos coinciden con otros estudios en los el 37,5% de las víctimas habían sufrido agresiones previas y el 43,4% de los agresores habían sido reincidentes (García y Castilla, 2012). Cuando se

produce un maltrato físico, lo normal es que vaya acompañado igualmente de maltrato psicológico o de negligencia activa. Estos hallazgos son importantes ya que, el haber sido víctima de maltrato con anterioridad, es considerado un factor de riesgo. Con todo ello, lo importante a tener en cuenta es que el MPM tiene un impacto negativo sobre la salud de las víctimas ya que incrementa las disfunciones en las personas mayores y se vuelven más vulnerables en cuanto que se sienten más inseguras, estresadas, con pérdida de autoestima, miedos, etc. (Rueda y Martín, 2011) lo que provoca un sufrimiento innecesario y una disminución en su calidad de vida.

A continuación se describen cada uno de los diferentes tipos de MPM, así como los signos, indicadores y consecuencias más importantes, que posteriormente se resumen en la tabla 1. Se presentan en dos subgrupos, en el primero se recogen las categorías clásicas o consensuadas y en el segundo las categorías emergentes.

### *Tipología clásica del MPM*

Maltrato Físico. Según la Nacional Aging Resource Center on Elder Abuse (NARCEA), el maltrato físico es aquella agresión física intencionada que produce daños y en casos extremos la desfiguración o muerte. Este tipo de maltrato es el que llama más la atención de la opinión pública y los medios de comunicación pese a que no es el que tiene una mayor incidencia en la vida real (Toledano, 2011). Consiste en el uso de la fuerza física, llevada a cabo por otras personas, que puede resultar en daño corporal,

dolor, heridas o en un deterioro de la salud en general. Se incluye dentro de este tipo de maltrato cualquier acto brusco o violento con resultado o no de lesiones, tales como golpear, empujar, zarandear, pellizcar, pinchar, quemar, tirar del cabello, apretar, agarrar, abofetear, bañar con agua fría o muy caliente, entre otros (Rueda y Martín, 2011). Los indicadores son: quemaduras, moratones de diferente data, heridas, caídas frecuentes, huesos fracturados, marcas de cuerdas o ataduras, dolor al ser acostado, golpes injustificados, etc.

Maltrato Psicológico o Emocional. Consiste en ocasionar dolor, pánico, angustia o terror mediante actos verbales o no verbales tales como las amenazas, la humillación, los insultos o la intimidación (Rinker, 2009). Igualmente es considerado maltrato psicológico el aislarle de amigos o familiares o, como refieren algunos autores, el utilizar un comportamiento edadista en forma de infantilización (Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Los indicadores son: estado de agitación emocional, miedo a hablar abiertamente, mirada huidiza, incomunicación, aislamiento, tristeza excesiva, etc. Es quizás el tipo de maltrato más difícil de detectar debido a la subjetividad de los síntomas. Existen investigaciones donde se concluye que altos niveles de apoyo social representan un factor de protección respecto a este tipo de maltrato (Melchiorre, et al., 2013).

Maltrato Económico. Consiste en hacer uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones o recursos de una persona mayor, el bloqueo del acceso a los mismos o la manipulación de documentos para fines totalmente ajenos a la voluntad de

la persona (ventas, subastas, etc.) (Jayawardena y Liao, 2006). Se incluye aquí cualquier comportamiento inapropiado, con o sin consentimiento de la persona mayor, que suponga un beneficio para el abusador y una pérdida de dinero o de otros bienes para la persona mayor (Rueda y Martín, 2011). Los indicadores son: cambios repentinos en testamentos o cuentas bancarias, reintegros bancarios de grandes cantidades de dinero al inicio del mes, falsificaciones de firma, vestimenta inadecuada de la víctima o carencia de comodidades en la vivienda que no corresponden con su nivel económico, pérdida de joyas, etc.

**Abuso Sexual.** Consiste en llevar a cabo cualquier contacto de carácter sexual sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea a través del engaño, por el uso de la fuerza o por no estar la persona mayor en plenas facultades mentales y no ser capaz de dar su consentimiento (Pérez-Rojo y Chulián, 2013). El maltrato sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física pasando por caricias. Se puede considerar como comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, ya sea intentado o consumado (Rueda y Martín, 2011). Este tipo de maltrato no se consideraba como tal ya que se suponía que únicamente podía ser víctima del mismo la mujer y, en el caso de las mujeres mayores, existen unos estereotipos negativos en cuanto que no se les perciben como atractivas y, por tanto, es menos probable que se piense que sean víctimas de este tipo de maltrato (DeFour, 2012). Entre los indicadores están: lesiones, heridas o moratones alrededor del pecho y zona



genital, infecciones de transmisión sexual, hemorragias genitales o anales inexplicables, ropa interior rota, rasgada o manchada de sangre.

Negligencia. Es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador, de cara a proporcionar los servicios necesarios, adecuados a las necesidades de la persona mayor, para evitar daño físico o psicológico. Se incluye en este tipo de maltrato una inadecuada provisión de cuidados médicos, o cuidados físicos necesarios para proporcionarle unos niveles de salud y sociales adecuados (Rueda y Martín, 2011). Puede ser activa o pasiva (Jayawardena y Liao, 2006). La negligencia activa consiste en no proporcionar los cuidados necesarios (negarle intencionadamente comida, agua, medicamentos, cuidados sanitarios, etc.) para causarle angustia física o psicológica o castigarle. En la negligencia pasiva el que no se proporcionen los cuidados no es premeditado, suele deberse a que los cuidadores están poco informados o carecen de habilidades para desempeñar adecuadamente sus funciones. Entre los indicadores están: suciedad tanto de la persona como del hábitat, olor a orina o heces, desnutrición, deshidratación, úlceras por presión por no realizar los cambios posturales necesarios, aislar a la persona mayor, malas condiciones de la vivienda (falta de agua corriente, calefacción, etc.), problemas de salud no atendidos o tratados, lesiones por el uso indebido de medios de inmovilización, etc.

Abandono. Es el desamparo intencionado por parte de la persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (Rinker, 2009). Consiste en la claudicación

total de la persona cuidadora. Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la negligencia (Anetzberger, 2005). Los indicadores son: el abandono de la persona mayor en la urgencia de un hospital, no ir a recogerla una vez dada de alta tras un periodo de hospitalización, abandonarla en algún espacio público o institución. Este tipo de maltrato es más frecuente que coincida con el período vacacional del cuidador.

Violación de derechos. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Son acciones que suponen el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del mayor (intimidad, confidencialidad, toma de decisiones, opción religiosa, respeto). Algunos lo incluyen en el maltrato psicológico, mientras que otros dentro de la categoría de explotación (Bass, Anezberger, Ejaz y Nagpaul, 2001). Los indicadores son: no permitirle asistir a la iglesia, prohibirle salir de su habitación o tener la puerta abierta, no permitirle ver a su familia o amigos, abrirle el correo, prohibirle hablar por teléfono o ver la TV, internarlo involuntariamente en un centro residencial, etc.

Autonegligencia. Es el propio comportamiento de la persona mayor el que amenaza su propia salud o seguridad. Es aplicable a un gran número de comportamientos y no solo en situaciones extremas de carencia de habilidades o de recursos propios para llevar a cabo las actividades necesarias que le garanticen su propio bienestar y su salud. Hay que resaltar que cuando se profundiza más en esta tipología, lo que se suele encontrar es a personas mayores que tienen cierto deterioro cognitivo que no le permite

cuidarse adecuadamente (Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Desde la experiencia profesional, las personas mayores que se pueden incluir en esta categoría, suelen presentar algún tipo de demencia o Síndrome de Diógenes a lo que se le une un sistema de apoyo socio-familiar inadecuado o inexistente. En la actualidad existe un debate en cuanto a si se debe o no considerar maltrato ya que no hay otra persona que lo esté produciendo.

### *Tipologías emergentes de MPM*

El Síndrome de la Abuela Esclava (SAE). Ha sido reconocido por la OMS como otro tipo de maltrato en personas mayores con graves consecuencias para la salud. Este síndrome se da fundamentalmente en mujeres y fue descrito en el año 2001 por el Dr. Guijarro Morales, cardiólogo granadino, que lo describió como un cuadro clínico patológico muy frecuente, grave, potencialmente mortal, que afecta a amas de casa responsables en ejercicio activo, inducido por factores extrínsecos (estrés familiar, enfermedades intercurrentes) e intrínsecos (sentido excesivo del orden, la dignidad y el pudor). Esta enfermedad, que es considerada grave, afecta a mujeres mayores con responsabilidades directas de ama de casa, asumida voluntariamente y con agrado, durante muchos años. El problema fundamental estriba en que los síntomas que presenta, son fácilmente confundibles con síntomas de enfermedades crónicas comunes, pero difiere de éstas en que el SAE no responde a tratamientos convencionales lo que lleva como consecuencia a un deterioro de la calidad de vida (Pérez, 2004).

La aparición de este síndrome se podría justificar o entender como consecuencia de la incorporación de la mujer (esposa, madre, ama de casa) al mercado laboral y la necesidad de tener que conciliar la vida familiar con la laboral. Es en este engranaje donde va a jugar un papel muy importante la abuela, siendo ésta quién se encargue de la crianza o cuidado de los nietos, sobre todo mientras son pequeños, asumiendo responsabilidades que no le corresponde. La asunción de dichas responsabilidades supera sus capacidades, hace que se sientan comprometidas, estresadas y no son capaces de liberarse de las mismas. No se puede obviar que en la cultura occidental la mujer ha sido siempre la cuidadora “natural” debido a su rol de género, suponiendo el 90% de los cuidadores familiares (Mestre, Guillen y Caro, 2012). Hoy día, ante los cambios sociodemográficos acaecidos en los últimos años, se está produciendo una reestructuración en los cuidados familiares y se delega parte del cuidado de los hijos y de la casa en profesionales o en las mujeres más mayores de la familia (fundamentalmente abuelas). Esta delegación es la forma más fácil y económica de compatibilizar la vida familiar con la laboral y suele ser en la abuela materna en quien se delega, tal como quedó reflejado en un estudio realizado en Cataluña en el que los nietos cuidados provenían en el 71% de los casos de la parte materna y en el 29% de la paterna (Triadó et al., 2008 y 2009). Las causas más frecuentes para recurrir a la abuela son el no contar con recursos económicos para contratar un profesional o guardería, la existencia de lazos afectivos, por comodidad o porque es gratis. Las abuelas dan sentido a sus vidas y se sienten útiles con el cuidado de los nietos y apoyando a los hijos, pero, “cuando lo hacen casi en exclusividad, cuidan a

cambio de ver mermar su salud, ya que el cuidado exclusivo es una fórmula bastante estresante para las abuelas, que interrumpe sus actividades normales y les proporciona menos satisfacción” (Pérez, 2006, p. 125). En un estudio realizado por Villalba (2002) sobre redes de apoyo social de abuelas cuidadoras, se concluyó que los nietos tienen la capacidad de hacerles disfrutar y desplegar sus afectos, sobre todo compartiendo el *tiempo libre y el ocio*. Por tanto el problema estriba, no en el cuidado, sino en la cantidad-exclusividad de cuidado y duración del mismo, además de no disponer de “segundos cuidadores” que son familiares cercanos a la abuela que se implican emocionalmente y con tareas en los cuidados de los nietos (Villalba, 2002, p. 271). En otro estudio reciente realizado en una urgencia hospitalaria de Murcia, se concluyó una vez analizado el perfil de demanda de una paciente de 78 años, hiperfrecuentadora de los servicios sanitarios (acude 299 ocasiones en 3 años, del 2007 al 2009), cuidadora casi en exclusividad de sus nietos, que sufría el síndrome de la abuela esclava (García et al., 2011). La situación refleja que se produce una delegación sistemática de las funciones en la abuela y la dedicación pasa o deja de ser esporádica y voluntaria, a ser diaria, obligatoria y con una dedicación a jornada completa, convirtiéndose en la principal responsable del cuidado de los nietos, situación que genera estrés y sobrecarga, y es lo que puede originar que empiecen a padecer este síndrome tan frecuente hoy día en nuestra sociedad y que constituye una de las más extendidas pandemias sufridas por las mujeres en el siglo XXI (Guijarro, 2001).

El SAE se produce por un agotamiento excesivo, consecuencia del estrés o sobreesfuerzo físico y emocional crónicos, que origina graves y progresivos desequilibrios en su salud, tanto física como psíquica, ya que se produce una acumulación de obligaciones no adecuadas para su edad. Es difícil de diagnosticar debido a que la mujer suele negar que esté sometida a estrés y aunque sabe que tiene demasiadas responsabilidades, cree que puede con todo y piensa que su malestar se debe a otras causas. Así pues se debe estar ojo avizor ante mujeres, con responsabilidades familiares directas para con sus nietos, que presenten síntomas crónicos rebeldes y recurrentes, o que padezcan enfermedades comunes que no responden adecuadamente a los tratamientos convencionales, pues probablemente se esté ante un caso de SAE. Las abuelas necesitan que se les escuche, se les atienda y se les valide como cuidadoras de sus nietos a través de reconocimiento y apoyo profesional (Villalba, 2002). La intervención profesional debería ir encaminada al desarrollo de redes de apoyo que mitiguen esas experiencias estresantes.

Acoso o “mobbing” inmobiliario. Este tipo de maltrato, aunque no se produce en el ámbito familiar, se incluye dado el desconocimiento que existe sobre el mismo y el hecho de que cada vez se está produciendo con mayor frecuencia, aun cuando se muestre casi inexistente en la literatura. De la bibliografía consultada, la única referencia a este tipo de maltrato se ha encontrado en un artículo realizado por una Trabajadora Social del Ayuntamiento de Hospitalet (Barcelona) que incluye el acoso inmobiliario como otra forma “normal” de maltrato (Toledano, 2011). Dado que se

considera que es una categoría emergente, se incluye como tal para su conocimiento y divulgación.

Consiste en el conjunto de prácticas antisociales basadas en el acoso y abuso para forzar que alguien se vaya de su casa, en contra de su voluntad, independientemente de que el régimen de tenencia sea propia, en usufructo o en alquiler. En el caso de estas últimas, los arrendadores desatienden hasta tal punto su obligación que hace que la vida en el interior de la vivienda se vuelva insoportable e incluso ponen en riesgo la vida del arrendatario (paredes y barandillas que se caen, zonas comunes intransitables...) además del “constante asedio” al que se ven sometidos los inquilinos. A veces, son los propios Ayuntamientos quienes ordenan a los propietarios a hacer reformas básicas de elementos estructurales por encontrarse en muy mal estado, negándose éstos a llevar a cabo las mismas. En un porcentaje bastante elevado, las personas que allí viven son personas mayores y mayoritariamente mujeres, de ahí que se le conozca, a estos presuntos agresores, popularmente como las “asusta viejas”. Las víctimas son personas mayores que residen en inmuebles antiguos, situados en los centros históricos de las ciudades, que en el caso de alquileres se trata de contratos con una antigüedad de 50 o 60 años, que se firmaban con carácter indefinido, incluso subrogables de padres a hijos. Este mobbing tuvo su punto álgido coincidiendo con el “boom” inmobiliario cuyo objetivo era derruir o reformar totalmente el bloque o la vivienda para obtener un mayor rendimiento de la propiedad. En un estudio realizado sobre esta problemática por el Defensor del Ciudadano de Málaga (Gutiérrez, 2008),

queda constancia de que las víctimas son personas mayores, con pocos recursos económicos, que se ven amenazadas y coaccionadas por un individuo que antepone la especulación por encima de todo.

El problema en este país es de tal magnitud que hasta Naciones Unidas, en el informe que realizó tras una inspección que se llevó a cabo en diferentes ciudades españolas por el Relator Especial de asuntos de vivienda de la ONU, Miloon Kothari, (Naciones Unidas, 2008), advierte del peligro que viven los sectores más vulnerables de la población, entre las que se incluyen las personas mayores, pidiendo protección para las víctimas.

La legislación española contempla estos delitos contra la integridad moral, regulados en los artículos 172-177 del Código Penal, lo que ha permitido a una juez de Barcelona a condenar a 3 años de cárcel al propietario de un edificio ruinoso por acoso inmobiliario a la única inquilina (una persona mayor) que quedaba en el bloque, a la que incluso llegó a cortar el servicio de agua. (Elpais.com/diario/2008/02/19/sociedad/1203375601\_850215).

Hay muchas prácticas abusivas, que se llevan a cabo en estas viviendas, y que perjudican la calidad de vida de una persona mayor, como permitir la existencia de cucarachas y ratas, dejar grietas sin arreglar, o cortar la luz de la escalera y el timbre de la puerta. Igualmente pueden intentar desahuciarlos, previa denuncia, demostrando que han efectuado cualquier reparación o reforma, por mínima que sea, incluyendo en algunos casos el mero hecho de haber pintado la vivienda o por impago de alquiler (aunque fue previamente el propietario quien se negó a aceptarlo) (Toledano, 2011).



En muchas ocasiones la prensa se hace eco de estas situaciones y las hace pública, pero al ser personas vulnerables, que la mayoría carece de un sitio a dónde ir, con una precaria situación económica, sin familia, etc. no presentan denuncia alguna, aunque en los casos en los que sí se ha hecho, la víctima ha ganado el juicio (como el caso de Barcelona relatado anteriormente).

**Tabla 3. Tipos de maltrato hacia las personas mayores**

<b>Tipo</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicadores/ Consecuencias</b>
<b>Físico</b>	Uso de la fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico (golpes, pellizcos, empujones, bofetadas, patadas)	Quemaduras, moratones, uso inapropiado de fármacos, forzar a comer, marcas de cuerdas, etc.
<b>Psicológico o Emocional</b>	Consiste en ocasionar dolor, pánico, angustia o terror mediante actos verbales o no verbales	Uso de la coacción, amenazas, insultos, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición,... Depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión, tristeza, etc.
<b>Económico</b>	Hacer uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones... o bloqueo del acceso a los mismos.	Cambios de testamento o cuentas bancarias, retiradas de dinero inexplicables, ausencia de comodidades o vestimenta inadecuada a sus recursos económicos, incapacidad para pagar facturas, falta de servicios, desahucio, deterioro del nivel de vida, etc.
<b>Sexual</b>	Realización de actos sexuales, sin consentimiento de la persona, empleando la fuerza, amenaza o aprovechándose del deterioro cognitivo del mayor	Moratones alrededor del pecho o zona genital, hemorragias vaginales o anales, Infecciones de Transmisión Sexual
<b>Negligencia</b>	Incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental.	Malnutrición, deshidratación, suciedad, olor a orina o heces, úlceras por presión, mala higiene corporal, hipotermia o hipertermia, problemas de salud no atendidos etc.

<b>Abandono</b>	Desamparo intencionado por parte de la persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (tutor).	La persona mayor es abandonada en un hospital, centro comercial, gasolinera, centro residencial en contra de su voluntad, etc.
<b>Violación de derechos</b>	Son aquellas acciones que suponen el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del mayor (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Algunos lo incluyen en el maltrato emocional	Le ocultan o abren el correo, no le permiten que abra o salga de su habitación, se le prohíbe ir a la iglesia, se le aísla no permitiéndosele ver a familiares y amigos, etc.
<b>Auto-negligencia</b>	Es el propio comportamiento de la persona mayor el que amenaza su propia salud o seguridad.	Negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal, medicación, etc.
<b>Síndrome Abuela Esclava</b>	Responde a un cuadro clínico de difícil diagnóstico con multiplicidad de síntomas crónicos de enfermedades comunes, pero que no responden a tratamientos convencionales. Afecta a mujeres mayores con responsabilidades de ama de casa, voluntariamente asumida durante muchos años.	Hipertensión arterial de difícil control. Descontrol metabólico como la diabetes. Sofocos. Taquicardias. Dificultad para respirar. Mareos. Cansancio, debilidad o decaimiento persistentes. Caídas fortuitas sin llegar a perder el conocimiento. Malestar general. Tristeza. Ansiedad. Sentimientos de culpa por su malestar. En momentos de crisis piensan en el suicidio como única salida.
<b>Acoso Inmobiliario</b>	Consiste en un acoso y abuso para forzar a una persona mayor a que se vaya de su casa en contra de su voluntad. Normalmente son inmuebles antiguos situados en los centros históricos de las ciudades.	Existencia de cucarachas y ratas, grietas sin arreglar, corte de luz en los elementos comunes, corte de agua, prohibición por parte del propietario de cualquier mejora en la vivienda, etc., que lleva a la persona a vivir en unas condiciones infrahumanas que merma su salud y calidad de vida.

Fuente: Elaboración propia

A modo de resumen decir que en la mayoría de la bibliografía consultada, se incluye normalmente como tipos de MPM el maltrato físico, el psicológico, el económico, el sexual y la negligencia, en la que algunos autores incluyen el abandono, no teniendo la misma consideración la violación de derechos y la autonegligencia o autoabandono, así como el

SAE y menos aún el acoso inmobiliario (Rueda y Martín, 2011; Tabueña, 2006).

### **I.3. ÁMBITOS DONDE SE PUEDE PRODUCIR EL MPM**

La detección del MPM es una tarea compleja, difícil y complicada, aún más por la negativa, tanto de la víctima como del agresor, a su reconocimiento. Su detección depende en parte de la concienciación, conocimiento y de la comprensión, tanto social como individual, que se tenga del mismo (Tabueña y De Vicente, 2006). Es por ello de gran importancia conocer los diferentes ámbitos, y sus características, en los que se puede producir el maltrato para facilitar su detección, pues como bien decía Bertillon, investigador francés del s. XIX, *“sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en mente”*, así pues la manera más eficaz de identificarlo es pensar en ello. Dado que las personas mayores pueden ser víctimas o sufrir maltrato en el ámbito familiar, el institucional o el comunitario, a continuación se va a exponer cada uno de ellos, aunque en el estudio empírico que se recoge en la segunda parte únicamente se analiza el MPM en el ámbito familiar.

*Maltrato en el ámbito familiar*

La mayoría de los estudios realizados demuestran que gran parte de los abusos o negligencias tienen lugar en el contexto familiar, normalmente asociado a cierta dependencia funcional, física o psíquica, para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por parte de la persona mayor (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). Es posible que sea debido a que normalmente las personas viven con sus familias, incluidas las personas mayores, pero el problema estriba en que precisamente por ser un familiar el que comete el maltrato, existe una tendencia general por parte de la víctima, a no reconocerlo y denunciarlo por miedo y/o vergüenza, lo que dificulta a los profesionales su detección (DeFour, 2012). Aunque no en todas las familias se produce violencia, sí existen familias donde la violencia es un estilo de vida y de conductas que se transmiten de generación en generación. En base a ello uno de los indicadores o factores de riesgo analizado es el haber sufrido maltrato en la infancia ya que las conductas se aprenden y se pueden reproducir (hijo maltratado, padre y esposo maltratador). La violencia intrafamiliar no afecta sólo a la víctima, sino a toda la unidad familiar, por lo que a la hora de valorarlo o intervenir se debe tener en cuenta todo el contexto familiar y cómo interaccionan sus miembros.

Según la Red Internacional para la Prevención del Abuso a los Mayores (INPEA, 2008), en el mundo, el 4% de las personas mayores que viven en hogares privados y el 30% de los que viven en centros residenciales son víctimas de abuso (Melchiorre, Chiatti y Lamura, 2012). Existen estudios,

como uno recientemente realizado en Egipto, que arrojan cifras escalofrantes al concluir que el 43,7% de las personas mayores encuestadas informaron haber sufrido algún tipo de maltrato en sus hogares (Abdel Rahman y El Gaafary, 2012). Es evidente que esta forma de maltrato presenta una elevada cifra negra u oculta, de la que conocemos solo una parte mínima de su prevalencia tipo *iceberg*, siendo un problema social y de salud que aún debe salir a la luz para que la sociedad se implique y le dé respuesta. Por este motivo en el año 1992, ante la sospecha de que una persona mayor pudiera ser víctima de maltrato en el ámbito familiar, la Asociación Médica Americana (AMA) sugirió que los profesionales sanitarios, para asegurarse o para descartarlo, debían realizarle las siguientes cinco preguntas básicas a la persona mayor (Aravanis et al., 1993): ¿Alguien le ha hecho daño en casa?; ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?; ¿Le han amenazado?; ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?; ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo? Y la *Canadian Task Force* (1994), propuso, un año más tarde, añadir otras cuatro: ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?; ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?; ¿Alguien toma cosas que le pertenecen, sin su permiso?; ¿Está solo a menudo? Si estas preguntas, que son muy concretas, fáciles de preguntar y de responder y que no se necesita mucho tiempo y esfuerzo para realizarlas, las preguntasen los profesionales sociosanitarios siempre en sus intervenciones y actuaciones profesionales, es seguro que se detectarían muchos casos de MPM, teniendo en cuenta que estos profesionales son los únicos agentes externos que, tanto en sus centros de trabajo como en las

visitas domiciliarias, pueden detectar que la persona mayor pueda estar siendo víctima de maltrato por parte de su cuidador (Thobaben, 2012). A medida que el maltrato a las personas mayores ha ido cobrando importancia como problema social, ha ido produciéndose un aumento de la sensibilización tanto por parte de la sociedad en general como de los profesionales e investigadores. Así pues, avanzando en el tiempo y, puesto que es un problema que cada vez preocupa más su detección, en el año 2008 la Unidad de Envejecimiento y Curso de la vida de la OMS, junto con el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra, se propusieron desarrollar y validar un instrumento fiable para distintos contextos geográficos y culturales que permitiera aumentar la concienciación entre los profesionales de atención primaria sobre el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores. En dicho proyecto participaron Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza y tuvo sus frutos en la elaboración del documento *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (EASI) y en el *Formulario de Valoración para Trabajo Social* (SWEF) (De Miguel, 2011; Sancho, 2007).

El EASI consta de cinco preguntas que realiza el médico a la persona mayor: ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: lavarse, vestirse, ir al banco o comer?; ¿Alguien le ha impedido que usted obtuviera, comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente que quiere estar?; ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o

amenazado?; ¿Alguien le ha obligado a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?; ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?, más una sexta que debe responder el propio profesional dirigida a conocer su valoración respecto a posibles síntomas/indicadores informantes del maltrato. Es fácil y rápido de cumplimentar y no supone un trabajo extra para el profesional.

El SWEF es realizado por el trabajador social e incorpora una valoración observacional de la apariencia de la persona mayor y del entorno en el que vive. Comprende variables biopsicosociales como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor y otras personas significativas para ella, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También incluye preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico. Su dificultad está en que es excesivamente largo y lleva mucho tiempo su aplicación, pues consta de 53 preguntas que debe responder el usuario más otras 13 que debe hacerlo el trabajador social. Aun así, lo importante es que se cuenta con un instrumento de screening consensuado y validado a nivel nacional e internacional (Pérez-Rojo, Izal y Sancho, 2010).

En paralelo, en los Estados Unidos, donde las personas mayores suelen visitar a su médico un promedio de cinco veces al año, se plantearon la posibilidad de aprovechar el tiempo que éstas están en las salas de espera para pasarles el EASI, que lo autocumplimentasen y ver si efectivamente era

factible o no la realización del mismo por parte de las personas mayores, si entendían las preguntas y el tiempo que les llevaba su cumplimentación para tratar así de identificar el MPM (Yaffe, Weiss y Lithwick, 2012). Los resultados obtenidos fueron muy positivos ya que todos completaron el EASI, el 82,9% tardó entre 2 y 5 minutos en responderlo, aunque aquellos que tenían niveles más altos de educación terminaron en períodos más cortos de tiempo, no hubo preguntas que quedasen sin respuesta y en el 27,2% de las personas que cumplimentaron el EASI la conciencia global que tenían sobre el MPM, se incrementó.

El maltrato en el ámbito familiar se puede producir por múltiples causas, pero quizás una muy importante y que se debe tener en cuenta, es que las familias no están formadas ni preparadas para cuidar a sus mayores, sobre todo a aquellos que presentan cierta dependencia para las actividades básica o instrumentales de la vida diaria y han de afrontar esa falta de conocimiento, de información y de estrategias en el cuidado a sus mayores, normalmente en soledad y durante largos periodos de tiempo, careciendo de ayudas o de prestaciones técnicas, de medios adecuados y de soporte emocional, lo que puede llevar aparejado que la atención no sea la adecuada y que produzca en el cuidador estrés, agresividad, intolerancia, etc. que puede derivar en maltrato y en crisis familiares (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012).



### *Maltrato en el ámbito institucional*

Utilizar el término “institución” nos remite a diferentes establecimientos prestadores de salud, sociosanitarios y de servicios sociales, tanto públicos como privados. En este apartado se va a analizar el maltrato institucional residencial por tener unas características específicas.

El National Center on Elder Abuse (Centro Nacional de Abuso a los Ancianos) (NCEA 1998) lo define como “toda acción u omisión relativa a un residente en una institución que causa perjuicio a esta persona o que la priva injustamente de su independencia” (citado en Fundació Viure i Conviure, 2007, p. 29).

En el maltrato institucional la persona cuidadora no es una persona de confianza, familia, amigos y/o vecinos, sino que tiene la obligación legal o contractual de proporcionar a la persona mayor cuidado y protección. La institución residencial está por encima de la persona mayor ejerciendo un control sobre los residentes, que pasan a depender de las prácticas de los profesionales, que representan y ostentan un poder absoluto sobre su calidad de vida (Rueda y Martín, 2011). En este contexto, el maltrato se puede producir por causas diversas tales como que los profesionales carezcan de preparación y/o cualificación, o que se encuentren en procesos de estrés o sobrecarga laboral (síndrome del quemado). Junto a ello también se puede producir este tipo de maltrato a partir de prácticas o actitudes de los profesionales que infantilizan el trato con la persona mayor (edadismo), al dirigirse a ellas como niños o con lenguaje inadecuado, lo que puede provocar problemas de comportamiento en los residentes. A este respecto

existen estudios donde se concluye que la probabilidad de que se produzca una conducta de oposición o resistencia a un cuidado determinado es significativamente mayor cuando se utiliza habla edadista en la comunicación, que cuando se emplea una expresión normal o incluso el silencio (Pinazo-Hernandis, 2013). Otro de los motivos está en relación con la despersonalización en la provisión de servicios, al no considerar al mayor como persona individual, sino que es “uno más” al que hay que atender. A esto se une la deshumanización que se produce en el trato, cuando no se mantienen los ritmos biológicos en los patrones de sueño y/o alimentación, lo que contribuye a perder la perspectiva humana e individual de las personas mayores allí ingresadas, y a que se establezcan procedimientos de actuación rígidos y homogéneos o se programen actividades sin procesos de participación. Esta despersonalización se refleja además en la falta de intimidad en el cuidado personal sobre todo a la hora del aseo, o de la ropa, vistiendo al residente con la de otros usuarios, etc. Otras prácticas habituales en los centros residenciales relacionadas con un posible maltrato se producen cuando se victimiza a la persona, se pone en riesgo su integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo, castigos corporales, contención física (ataduras) o una habitual administración de sedantes innecesarios. Las personas mayores en estos centros se encuentran en una situación de mayor riesgo de maltrato como resultado de su posible fragilidad física y mental, su dependencia y su aislamiento (Pinazo-Hernandis, 2013).

Algunos investigadores han identificado una serie de causas que contribuyen a favorecer la aparición de la violencia en estos establecimientos, agrupándolas en tres categorías diferentes: las relacionadas con las características de la propia persona mayor, las de los profesionales y las dependientes del medio o estructura residencial (Braun, Suzuki, Cusick y Howard-Carhart, 1997; Leturia y Etxaniz, 2009).

En relación a las causas propias de la persona mayor, la mayoría de las veces las personas ingresadas en centros residenciales presentan problemas de salud, fundamentalmente dependencia física o deterioro cognitivo, que hace que no se puedan desenvolver autónomamente y tengan conductas que irriten al personal y degeneren en un trato inadecuado. Entre ellas: el nivel de exigencias, su mayor grado de dependencia, excesivo peso, lentitud de movimientos, falta de cooperación, conducta negativa, accesos de agresividad o violencia hacia los trabajadores, entre otras.

Por otro lado, existen causas del MPM atribuibles a los profesionales ligadas a su propia personalidad y a circunstancias personales tales como: conflictos no resueltos con sus progenitores, falta de respeto hacia la persona mayor, estrés interno asociado a enfermedades o experiencias de dinámicas familiares o conyugales alteradas. Pueden ser profesionales que carecen de habilidades sociales y de estrategias de afrontamiento ante los problemas y el estrés, llevándoles a sentimientos de abatimiento, malestar y cansancio ante la mínima complicación de enfermedad entre los mayores a su cuidado. En algunos casos pueden incluso desarrollar prejuicios negativos en relación con el envejecimiento propio y el de los demás. Son

cuidadores que no tienen paciencia para con los residentes, no saben controlarse y son incapaces de realizar cualquier autocrítica.

Además de las causas ligadas a la propia personalidad y a sus circunstancias personales, existen otras relacionadas con las características laborales y profesionales: inexistencia de directrices u objetivos asistenciales definidos, déficit en la formación y el reciclaje continuo sobre maltrato y atención geriátrica, falta de dotación de personal y de presupuesto o instalaciones y servicios inadecuados. Todo ello va a desembocar en una frustración/desmotivación e insatisfacción profesional (síndrome de “burnout”), generada además por el exceso de jornada laboral, guardias, turnos, baja remuneración salarial e imposibilidad de un ascenso profesional.

Junto a ello, se agrupan como causas dependientes del medio o estructura residencial, todas aquellas que pueden hacer que los residentes no sean tratados adecuadamente, tales como: existencia de barreras arquitectónicas, espacios habitables poco hogareños, sin intimidad, etc. en los que el mobiliario, los enseres, la decoración o el espacio físico se encuentran en deficiente estado de conservación. Estas circunstancias no proporcionan condiciones ambientales adecuadas, a lo que se añade la inexistencia de programas de rehabilitación, de ejercicio físico, de terapia ocupacional, de supervisión médica, de enfermería, etc. Son instituciones en las que predominan los servicios de alojamiento y hostelería frente a los especializados y de atención individualizada a las personas mayores. De esta forma, no existe trabajo en equipo, hay escasa variación de menús, sobre o

infradosificación de medicamentos, anómala supervisión nocturna, deficiencia en la gestión, etc.

Las investigaciones informan de la existencia de una serie de factores ambientales, predictores de maltrato, vinculados a la calidad de los cuidados en las residencias, relacionadas con el estilo de custodia, el grado de los cuidados dispensados, tamaño de la residencia, situación en cuanto al propietario, ratio por paciente, cambios en el personal influyendo además las actitudes negativas hacia la vejez y la falta de comprensión del proceso de envejecimiento por parte de los profesionales (Leturia y Etxaniz, 2009).

A modo de conclusión decir que en el maltrato institucional, el entorno, las prácticas y las reglas suelen ser en sí mismas abusivas o negligentes, vulnerándose los derechos de las personas mayores. Se debe tener en cuenta de cara a la prevención y detección de MPM institucional, las características personales de usuarios, de profesionales y del centro, la existencia de una política social adecuada y la regulación e inspección de los centros por parte de la administración competente y velar para que se cumpla la normativa existente y se mantengan las condiciones adecuadas.

*Maltrato en el contexto social*

Los cambios sociales y económicos que se están produciendo en nuestra sociedad, como una mayor esperanza de vida y de necesidad de cuidados al ser la población más longeva, la transformación de las familias con la aparición de los nuevos modelos familiares (nuclear, homoparental, monoparental, reconstituida, etc.), así como la incorporación de la mujer al mercado laboral, han hecho que la “vejez”, se perciba como algo “feo e inservible”, además de ser considerada una carga. Al ser personas que ya no realizan trabajo remunerado en un sistema capitalista como el actual, son consideradas no productivas para la sociedad puesto que no “contribuyen” con su trabajo (Norris, Fancey, Power y Ross, 2013). Este hecho hace que se les infravalore y no sean respetadas ni tenidas en cuenta. Es preciso mencionar también la inexistencia de políticas sociales públicas específicas para las personas mayores en las que los recursos destinados son escasos. La imagen proyectada es negativa, con estereotipos asociados a este colectivo que hacen que la vejez se perciba como una etapa de vulnerabilidad, dependencia, mala salud y pobreza (Gracia, 2012). Como señalan algunos estudios, aquellas políticas sociales que no garantizan recursos y servicios adecuados (sociales, sanitarios, de vivienda, etc.) o pensiones suficientes para hacer frente a las necesidades estándares en el medio social en el que se vive, son una forma de maltrato que también requiere ser tenida en cuenta (Rueda y Martín, 2011). A veces, aunque existan legislaciones o protocolos específicos para proteger a las personas mayores, no se disponen de recursos adecuados de cara a su

implementación. Ello se ve reflejado claramente en las declaraciones hechas recientemente por la fiscal delegada de Violencia a la Mujer de Málaga, Flor de Torres, en la que refiere que una vez detectado el maltrato, se ha de instar a la Delegación Provincial de Salud y Política Social “a dar una respuesta rápida e inmediata, adjudicándole en un plazo de 10 días asistencia y servicios o un centro asistencial” (Diario Sur, 06-08-2014). Esta respuesta no se produce de forma urgente, mientras que ante un caso de maltrato infantil o de violencia de género, la protección a las víctimas es inmediata.

Resulta evidente que existe un nivel de negligencia o abandono, a la vez que desconocimiento, respecto a la protección y responsabilidad que la sociedad en general debe tener para con sus mayores, a pesar de que en el pasado año 2013 el Teléfono de Atención a Personas Mayores de Andalucía registró 3.489 llamadas de las que un tercio fueron debidas a presuntos malos tratos. En un estudio realizado con personas mayores en el País Vasco (Leturia y Etxaniz, 2009), el 72% de los entrevistados considera que la sociedad en general no trata con respeto a los mayores, como queda reflejado en los siguientes fragmentos: *“Los jóvenes no están educados en el respeto y consideración a los mayores”, “Se han perdido muchos valores y muchas veces estorbamos”*. Igualmente un 68% considera que se les discrimina por el simple hecho de ser mayores: *“Parece que por el hecho de ser mayor uno se convierte en tonto”*. Además el 76% no está de acuerdo con la imagen que los medios de comunicación dan sobre las personas mayores, considerando que en la mayoría de los casos se da la imagen de personas mayores con deterioro tanto físico como psíquico.

En resumen, son muchas las causas o factores que pueden desencadenar el maltrato a personas mayores desde diferentes ámbitos, lo que hace necesario que éstas sean cada vez más conocidas sobre todo entre los profesionales sociosanitarios, a la vez que una mayor formación específica sobre este tema y el desarrollo de campañas de concienciación en la población en general para su prevención y detección. Todo ello contribuirá a un mayor respeto y consideración hacia este grupo etario, que por sus características personales, sociales y de salud, es un colectivo muy vulnerable y necesitado de protección, consideración y respeto por parte de la sociedad en su conjunto.

#### **I.4. PERSPECTIVAS TEÓRICAS QUE ABORDAN EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES**

Con objeto de explicar las situaciones que pueden desencadenar en un maltrato a las personas mayores (MPM), se han desarrollado diferentes perspectivas teóricas construidas desde las aportaciones de varias disciplinas (Medicina, Gerontología, Psicología, etc.) o desde movimientos sociales como el feminismo. Algunos autores las aglutinan en Perspectiva Psicológica; Psicosociológica; Sociológica y Ecológica, las cuales se analizan a continuación (Muñoz, 2004; Norris, Fancay, Power y Ross, 2013).



### *Perspectiva Psicológica*

Desde la perspectiva psicológica se aborda la realidad del MPM, por un lado, poniendo el énfasis en las características personales e individuales del agresor (Gill, 2006) y en sus efectos en relación a la existencia de problemas de salud mental, consumo de tóxicos, baja autoestima, sobrecarga de cuidados, desempleo, estrés, altos niveles de ansiedad, falta de empatía con la persona que cuida, etc.; y por otro, en las características de las víctimas, aumentando el riesgo de sufrir maltrato por parte de su cuidador aquellas que, igualmente, presentan problemas de salud mental y/o abusos de tóxicos (Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2008). Bajo este marco, desde la perspectiva psicológica se han elaborado diferentes enfoques o aportaciones teóricas, centrados en:

#### La Psicopatología del agresor

Este enfoque se encuentra apoyado por un gran número de autores (Gordon y Brill, 2001; Kosberg y Nahmias, 1996). Se centra en las características presentes en la persona responsable del maltrato, tales como padecer problemas psiquiátricos (esquizofrenia, ideas paranoides, depresión, ansiedad, etc.), abuso en el consumo de drogas ilegales o alcohol, trastornos de personalidad, baja autoestima, falta de empatía hacia la persona mayor que le lleva a un bajo control del impulso, a no tolerar la frustración y a carecer de habilidades para enfrentarse a situaciones estresantes que pueden desembocar en comportamientos abusivos o acciones violentas hacia la persona mayor (Tolan, Gorman-Smith y Henry, 2006).

Para este enfoque la prioridad de la intervención iría encaminada más a las necesidades del agresor, que es el que es objeto de problemas y carencias, que a las de la víctima, por lo que se puede correr el riesgo de no prestar atención, ni realizar intervención alguna con ésta.

### La Psicopatología de la persona mayor

Al igual que en el enfoque anterior, éste se centra en la existencia de ciertas conductas y características, en este caso presentes en la persona mayor, relacionados con problemas de salud mental, deterioro cognitivo o consumo de tóxicos lo que puede provocar o mantener situaciones de maltrato (Anetzberger, Korbin y Austin, 1994; Rodriguez, Lasch, Chandra y Lee, 2001). Bajo esta perspectiva, es importante estar alerta ante el aumento de personas mayores con deterioro cognitivo, motivado por la mayor esperanza de vida (79,4 años los hombres y 85,1 años las mujeres, INE, 2014), dada la relación entre edad y probabilidad de padecer deterioro cognitivo, fundamentalmente tipo Alzheimer. Una dependencia psíquica, un estado mental deteriorado, una personalidad difícil y una mala salud general en una persona mayor llevan consigo que se incremente la necesidad de cuidados, suponiendo una mayor carga y estrés en el cuidador. Esta perspectiva pone el énfasis y la culpabilidad en la víctima, exculpando al agresor y justificándole sus actos (Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2008).

## Las demandas excesivas

La perspectiva de las demandas excesivas, del estrés interno o del “cuidador quemado” sugiere que el estrés de suministrar cuidado a una persona mayor hace que el cuidador se pueda sentir sobrecargado e incapaz de satisfacer las demandas, aumentando el riesgo de que se comporte de forma violenta (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). La premisa básica de esta perspectiva consiste en que el aumento del estrés, en el posible responsable del maltrato, unido a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el MPM (Anetzberger, 2005).

Este enfoque ha llegado a tener bastante aceptación entre los profesionales sociosanitarios y la población en general, posiblemente porque conduce en sí mismo a poner en marcha, fácilmente, estrategias de intervención que mitiguen esa pesada carga, como por ejemplo el servicio de ayuda a domicilio, los centros de estancias diurnas, de respiro familiar, etc. que llevarían a una “descarga” en el cuidador (Sancho, Pérez-Rojo, Barrio, Yanguas e Izal, 2011).

### *Perspectiva Psicosociológica*

La Perspectiva Psicosociológica se fija más en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta, siendo varias las causas que pueden llevar a esta actitud violenta: el género, el rol aprendido, la historia de maltrato familiar y/o eventos estresantes dentro de ésta, etc.

## Del aprendizaje social

También llamada teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia. Se fija en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta. La familia juega un papel muy importante en el aprendizaje de modos de conducta que se perpetúan y que la persona puede reproducir a lo largo de su vida (Quinn y Tomita, 1997). Es en la familia donde se aprende tanto el uso de la violencia como su justificación y se ve como el producto de un exitoso aprendizaje. Según autores como Gracia (2012) “aquellos hijos que fueron maltratados siendo niños podrían llegar a vengarse contra sus padres envejecidos cuando tienen la ocasión para ello” (p. 131). En esta afirmación, sin embargo, más que una conducta de imitación lo que se produce es una venganza del hijo maltratado en su infancia por esta persona mayor que se convierte ahora en su víctima. A esta situación se le ha denominado “tirano derribado”, en la que existe un sentimiento o anhelo de venganza en los hijos adultos que encuentra la oportunidad de ser llevada a cabo, al producirse un cambio de poder inherente al proceso de envejecimiento de sus padres mayores (Gracia, 2012). Para algunos autores esta transmisión intergeneracional de la violencia en el caso del MPM, parece más débil que en otras formas de violencia intrafamiliar (Wolf y Pillemer, 1989).

Desde esta perspectiva es probable dar una visión del maltratador como “víctima” de las circunstancias, no responsable de sus actos y sin posibilidad de cambio, lo que haría difícil la intervención.

## Del intercambio social

Según esta perspectiva las interacciones sociales implican el intercambio de coste y beneficio y las personas buscan, en esa interacción, maximizar los beneficios y minimizar los costes (Brandl, Heisler, Marlatt Otto, Siegel y Thomas, 2007; Norris, Fancey, Power y Ross, 2013). Esta interacción incluye, al menos, a dos personas y se va a mantener siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que el obtenido en comparación con otras alternativas (Schiamberg y Gans, 2000). En toda relación, cada persona tiene derechos y deberes respecto a la otra debiendo existir una reciprocidad para que la interacción sea satisfactoria para ambos. En el ámbito del cuidado familiar a los mayores debería existir además la solidaridad, mediante la cual los miembros de la familia les proporcionen tanta ayuda como precise sin preocuparse por el retorno de lo invertido en esa relación, de esta forma se evitarían muchos casos de maltrato. Pero el desarrollo de las relaciones familiares está íntimamente relacionado con el concepto de justicia distributiva (Homans, 1961, 1967), así quien más invierte, ya sea en esfuerzos, dedicación, tiempo, sacrificio, etc., debería recibir más. Cuando la persona no recibe la recompensa que esperaba o le supone un coste, puede desencadenarse un comportamiento violento. El maltrato hacia los mayores aparecería cuando la persona mayor es más dependiente del cuidador, tiene menos poder que éste y es más vulnerable, lo que puede provocar que el cuidador interactúe en más ocasiones de forma negativa que de forma positiva. En la situación contraria, en la que el agresor resulta

más dependiente de la víctima, el maltrato surgiría más bien por su falta de poder y como forma de compensar ésta. De cualquier forma, el MPM se produce cuando el miembro infractor intenta ganar o mantener el control o el poder mediante el uso de la violencia, al percibir la situación como injusta.

Según esta teoría las recompensas incluyen la recepción de recursos y/o servicios (p.e. ayuda a domicilio, centros de estancia diurna, prestaciones económicas), el intercambio de sentimientos positivos, etc., mientras que los costes incluyen el intercambio de sentimientos negativos, de conductas de castigo y la retirada de recursos y/o servicios.

### *Perspectiva Sociológica*

La Perspectiva Sociológica se centra en la socialización y justifica y explica el MPM, no por unas determinadas características individuales del cuidador o de la víctima, sino por problemas ajenos a ambos provenientes de aspectos relacionados con múltiples y variadas causas tales como: las pautas culturales, la posición social que ocupan las personas mayores, los valores existentes en la sociedad, el papel de las instituciones y su implicación para con este tipo de maltrato, la escasez o inexistencia de recursos sociales que sirvan de apoyo al cuidador, el aislamiento social, etc. (Anooshian, 2005), aunque como bien concluye Ansello (1996) “no parece que haya una sola explicación para cualquier forma de maltrato, sino que son diferentes enfoques teóricos los que explican distintos aspectos de un problema complejo” (citado por Sancho, 2011, p. 21).

## Del interaccionismo simbólico

Según este enfoque, el estilo social de vida viene producido desde el interior de la sociedad misma y se da gran importancia a las relaciones sociales que establecen las personas (Phillips, 1986). La interacción social es un proceso entre al menos dos individuos, con una serie de características: ocurre a lo largo del tiempo, consiste en fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible, y requiere negociación y renegociación constante para establecer un “consenso” sobre el significado simbólico del encuentro (Decalmer y Glendenning, 2000; Pérez-Rojo, 2008). Es fundamental que exista una sincronía para asegurar la continuidad en las relaciones, pero en el caso de una relación de cuidados con los familiares mayores, debido al mismo proceso de envejecimiento biológico y social que conlleva a un cambio de roles, con frecuencia no se produce. El problema estriba en que no hay otra alternativa que la continuidad de la relación a pesar de la asincronía de roles, lo que va a generar consecuencias negativas (Phillips, 1986). No se trata de responder a unas recompensas o a unos costes, sino que los actores sociales tienen unas metas que asumen como válidas.

Los individuos, a lo largo de su vida y a medida que envejecen, van cambiando sus roles e identidades. Así muchas veces, los hijos se convierten en padres, en cuidadores y los padres en hijos teniendo que ser cuidados. Estos cambios de roles podrían dar como resultado el maltrato al mayor si se producen discrepancias entre los comportamientos y las expectativas depositadas en ese rol; además de que desde el punto de vista de los

cuidadores solo podrían ejercer bien aquellos roles que han sido aprendidos e incorporados.

Los procesos de envejecimiento afectan a nivel personal a los cuidadores y el contacto con personas mayores puede resultar difícil o desagradable o incluso querer evitarse porque es percibido como no gratificante. En este sentido tiene una gran influencia los estereotipos negativos existentes sobre la vejez. Esta perspectiva teórica se centra en lo subjetivo, en los aspectos simbólicos de la vida social, en su significado, en cómo se ha construido, cómo se modifica y en las consecuencias de esos significados en cada una de las situaciones concretas (Gracia, 2012). Pone el énfasis en la manera en que los individuos se adaptan y responden a la etapa de la vejez.

#### De la economía crítica y política del envejecimiento

Examina la influencia de la sociedad en las personas mayores, tanto en el interior de sus hogares como fuera de ellos (Phillipson, 2000) y pone el énfasis en la posición relegada de las personas mayores en la sociedad, donde primero se marginan y luego se maltratan (McDonald y Thomas, 2013).

Según esta perspectiva, el maltrato surge porque la sociedad margina a las personas de más edad. Llevado al ámbito familiar, tiene su origen en la organización social y política debido fundamentalmente a la escasez de prestaciones y servicios públicos existentes para las personas mayores. Esta posición relegada de las personas mayores y sus cuidadores sin apoyos formales, contribuye a que se produzca o se perpetúen situaciones de



maltrato. Así pues, desde este punto de vista, el maltrato debe considerarse tanto un problema consecuencia de la política social que se esté llevando a cabo (donde no hay una apuesta firme por la protección de las personas mayores), como un problema relacionado con las disfunciones familiares. El desarrollo de las políticas sociales actuales, con unas pensiones de jubilación ínfimas (365,90 euros/mes de pensión no contributiva y 632,90 euros/mes de pensión mínima contributiva para mayores de 65 años), y unos servicios y prestaciones sociales cada vez más mermados (no podemos obviar los recortes que se están produciendo en las prestaciones y servicios de la Ley de Dependencia) no protegen a este colectivo sino todo lo contrario, es la franja de población más vulnerable, con bajos ingresos y desprotección. Por tanto, muchos de los problemas que tienen los mayores no son consecuencia de los procesos biológicos o naturales del propio envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos para este colectivo (Sancho, 2007). Los propios servicios sanitarios y sociales, y otras instituciones relacionadas con la gestión de las vidas de los mayores contribuyen a reforzar la dependencia y marginación de este grupo etario (p.e. la obligación de jubilarse a una determinada edad aún cuando la persona se encuentra en plenas facultades y con ganas de seguir trabajando o la institucionalización en centros residenciales a pesar de no querer la persona abandonar su hábitat).

Desde esta teoría, de forma única, se considera que no es posible explicar el maltrato, ya que si fuese así, el MPM podría ser eliminado sólo con poner

en marcha medidas de protección y de apoyo formal mediante el desarrollo de prestaciones y servicios.

### Perspectiva feminista

La mayoría de investigadores han dado por supuesto que la violencia de género es la forma más clásica de maltrato hacia la mujer, pero no se ha avanzado en las situaciones que afectan a las personas mayores, ya que en este grupo etario los hombres también sufren violencia aunque, es preciso señalar que, en menor grado que las mujeres.

Desde esta perspectiva se ha considerado el MPM como una de las consecuencias del patriarcado familiar en el que se da un desequilibrio de poder entre los miembros de la pareja, de forma que la mujer está más expuesta a la violencia ya sea joven, adulta o anciana (Norris, Fancey, Power y Ross, 2013). El patriarcado es una forma de organización social en la que los hombres tienen más poder que las mujeres y además ese poder se legitima. No se puede dejar de mencionar como hasta el año 1975 nuestro código civil admitía que el cabeza de familia reprendiera “*moderadamente*” a la esposa, y sólo se consideraba delito cuando se producían unas lesiones que necesitaban, al menos, quince días para su curación. Este modelo patriarcal continua reproduciéndose en la cultura occidental y “ayuda” a que se siga produciendo o manteniendo el maltrato, siendo este modelo el más utilizado para justificar la violencia de género donde claramente existe una relación asimétrica entre hombre y mujer. Es obvio que se producen malos tratos en función del desequilibrio de poder existente en las relaciones entre diferentes sexos (Papadoulos y La Fontaine, 2000), pero según esta teoría

en una sociedad patriarcal no se justificaría el maltrato al hombre, sin embargo sí se produce, aunque en menor medida.

Esta perspectiva ha tenido poco eco en los ámbitos gerontológicos, precisamente por el convencimiento que existe entre los gerontólogos de que se está ante una problemática diferente a la de violencia contra las mujeres.

### *Perspectiva Ecológica*

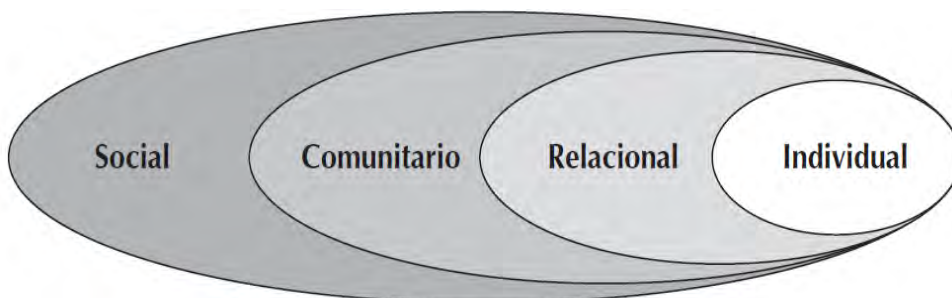
Esta perspectiva tiene en cuenta los diferentes entornos que están implicados en una situación de maltrato: la persona mayor (la víctima), el cuidador (el agresor) y el contexto en el que se desarrolla la relación.

Está inspirado en el planteamiento de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1995) que describe un sistema con cuatro niveles dinámicos e interactivos: microsistema (el ambiente inmediato del individuo y los aspectos relativos a su vida diaria); mesosistema (la relación existente entre los diferentes microsistemas de un individuo, por ejemplo las relaciones entre la familia y la escuela); exosistema (comprendería las instituciones sociales, las diferentes legislaciones, los partidos políticos, etc.) y macrosistema (la cultura, creencias, valores, ideología, etc.), concibiéndolo como un conjunto de estructuras concéntricas en la que cada una está incluida dentro de la siguiente (individual, relacional, comunitario y social). Concibe al individuo inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios tales como la familia (microsistema), la comunidad (mesosistema y exosistema) y la cultura y

sociedad (macrosistema). La persona es concebida como un ser activo, una entidad creciente, dinámica que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en el que vive y sólo puede ser entendido si, además de la características individuales, se tienen en cuenta las características del ambiente en el que se desarrolla (Gracia, 2012). Según esta teoría existe un gran dinamismo entre los sistemas y cualquier cambio en uno de ellos puede afectar al resto y generar, a su vez, nuevos cambios.

Como recogen Rueda et al. (2008), el modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

#### *Modelo ecológico para comprender la violencia*



Fuente: Rueda et al., 2008

El primer ámbito, el individual, pretende identificar los factores biológicos, la historia, así como las características y el comportamiento de una persona que puedan aumentar la probabilidad tanto de ser víctima como

perpetrador de actos de violencia. En el segundo, se indaga sobre el tipo de relaciones sociales más cercanas (de pareja, con otros familiares, amigos, vecinos, etc.). El tercero, examina los contextos de la comunidad en los que tienen lugar las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario. En el último ámbito de este modelo ecológico se examinan los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países (Rueda et al., 2008).

Para terminar este apartado, decir que existen diferentes perspectivas teóricas que explican el MPM, algunas son de carácter intraindividual y contemplan las causas de la violencia basada en las personas (psicopatología, uso de tóxicos, etc.). Otras tienen una perspectiva más psicológica y se fijan en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta (como la del aprendizaje social). Las perspectivas sociológicas enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia, como por ejemplo todas las que se derivan de la economía política y económica del envejecimiento. Así pues, no existe una única perspectiva o enfoque teórico que pueda explicar el MPM, sino por el contrario son varias las que explican distintos aspectos del mismo problema. Quizás la que mejor recoge la diversidad de causas que pueden influir y explicar el maltrato, sea la Perspectiva Ecológica ya que ésta no se dirige

sólo a las características individuales, tanto de la víctima como del agresor, sino que también tiene en cuenta el contexto general dentro del que ocurren estas situaciones (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema). El enfoque multidimensional que ha de presidir cualquier análisis sobre la violencia humana, es igualmente indispensable en el ámbito del MPM (Sancho et al., 2011).

## **I.5. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES**

Conocer la incidencia y prevalencia del MPM nos permite, además de saber cuál es su realidad actual, aumentar la sensibilización y concienciación de los profesionales y de la sociedad en general ante ella.

El hecho, como se apuntaba anteriormente, de la carencia de una definición consensuada y aceptada universalmente respecto a qué se considera maltrato a mayores, ha sido una de las causas de que aún se desconozca su incidencia y no se cuente con datos fiables. A pesar de que en los últimos años ha habido un incremento de estudios de prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en diferentes países, los resultados de éstos sólo pueden ser utilizados como datos orientativos al ser difíciles de comparar y generalizar debido a la diversidad de objetivos y metodologías empleados (Lafata y Helfrich, 2001; O’Keeffe et al., 2007; Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Algunas de las limitaciones que justifican esta situación, se relacionan con la utilización de muestras no representativas; medidas no

validadas ni fiables; ausencia de grupo control; procedimientos diversos empleados, en los que en algunos estudios se pregunta a la persona mayor, en otros, a los posibles responsables del maltrato, y en otros a los profesionales; diferencias en la recogida de información e instrumentos, mediante entrevistas personalizadas, telefónicas, por correo, cuestionarios, etc. Además en los diferentes estudios realizados no se evalúa la presencia de los mismos tipos de maltrato, sino que en algunos sólo se incluye el maltrato físico, psicológico y la negligencia, mientras en otros, se incluye también el abuso económico, o el sexual, etc., o incluso la categoría malos tratos sociales (Yan y Tang, 2004), por lo que los datos no pueden ser extrapolables y las comparaciones hay que tomarlas con cautela.

A pesar de estos problemas, tanto metodológicos como conceptuales, lo que sí está claro es que estos estudios sirven para demostrar que los malos tratos hacia las personas mayores existen y que es necesario continuar investigando para poder ir obteniendo mayor y mejor información sobre dicha problemática de cara a su prevención y/o intervención. Como bien señala Lowenstein et al. (2009), esta información contribuirá al desarrollo de políticas, directrices y estándares que sirvan para detectar e intervenir en estas situaciones, así como, en última instancia, favorecer su prevención.

La mayoría de estudios se han realizado en el medio comunitario, más concretamente en el ámbito domiciliario que, según algunos autores, es donde se producen los MPM con mayor frecuencia (Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). Los estudios centrados en este ámbito aportan resultados muy dispares, oscilando las tasas de MPM entre el 0,8% y el 52,6% (Pérez-Rojó

y Chulián, 2013; Sancho, 2011). A este respecto, la OMS establece unas cifras de malos tratos en la comunidad de alrededor el 3%, y de hasta el 25% en personas mayores dependientes (2011). En cuanto al maltrato en el ámbito institucional (hospitales, residencias, etc.) cabe decir que las investigaciones son prácticamente inexistentes por lo que se desconoce su dimensión real y, en consecuencia, el ámbito en el que se produce el MPM con mayor frecuencia.

Aun así, existe acuerdo en considerar referentes en la investigación sobre el MPM los primeros trabajos realizados en Estados Unidos por Lau y Kosberg (1979). Ambos realizaron un estudio exploratorio con 404 personas mayores residentes en la comunidad y concluyeron que un 9,6% de la muestra presentaba síntomas de malos tratos, siendo el físico el tipo de maltrato que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico; que raramente se daba un único tipo; que mayoritariamente las víctimas de malos tratos era las mujeres (77%) y que los agresores eran con mayor frecuencia las hijas (30%), seguidas de los hijos o nietas (14%). No fue hasta diez años después cuando se consideró necesario la realización de un estudio a gran escala, para el que se utilizó una muestra de 2020 personas mayores pertenecientes al área metropolitana de Boston (Pillemer y Finkelhor, 1989) y se encontró que un 3,2% de la muestra había sufrido algún tipo de maltrato. Es preciso señalar que en la década de los noventa se incrementan estas investigaciones, extendiéndose a diferentes países: Canadá, Reino Unido, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Australia, etc. Dada la gran producción científica existente en la actualidad, a continuación se



presenta en la tabla 4 un resumen de los resultados de algunas de las investigaciones internacionales realizadas en diferentes países en el presente siglo XXI.

Tabla 4. Investigaciones internacionales

AÑO/AUTOR	PAÍS / MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES
2004 Yan y Tang	Hong Kong  276 persona mayores de 60 años	Prevalencia 21,4%. Había sufrido un tipo de maltrato 27,5%. Más de un tipo, 17,1% Por orden de frecuencia: psicológico (26,8%), violación de derechos (5,1%), físico (2,5%) Agresores: hijos/as (61,2%), pareja o cónyuge (26,9%), nietos/as 7,6%)
2006 Oh et al.	Corea  15.230 personas mayores	6,3% fue víctima de maltrato. El tipo maltrato más frecuente fue el psicológico, seguido del económico, la negligencia y el físico. Se concluyó: las características familiares, el tipo de hogar, el nivel económico familiar y el tipo de relaciones familiares, se asocian con el maltrato.
2007 Cohen et al.	Israel  730 personas mayores de 70 años hospitalizadas	5,9% víctimas de malos tratos El tipo más frecuente fue el económico (38,5%), seguido del psicológico (26,9%) y el abandono (24,8%).El 83,3% presentaba signos evidentes de maltrato. El 22,4% sufrió dos tipos de maltrato, el 14,1% tres y el 0,2% cuatro o más. Agresor: hijos/as (32,6%), cónyuge o pareja (25,6%), yerno o nuera (11,6%)
2007 O'Keeffe et al.	Reino Unido  2.111 personas mayores de 65 años	2,6% casos de malos tratos. La prevalencia es mayor para mujeres (3,8%) que para hombres (1,1%). El tipo más frecuente la negligencia (1,1%), económico (0,7%), físico (0,4%), psicológico (0,4%), sexual (0,2%). Estado civil de las víctimas: separados (9,4%), solteros (2,6%), casados (2,4%), viudos (1,4%). El responsable del maltrato: cónyuge o pareja (51%), cuidador formal (13%).

2008 Yaffé et al.	Montreal 953 personas mayores en un centro sanitario ambulatorio	Existe una sospecha de maltrato del 11,9%. El tipo más frecuente fue el psicológico. Las víctimas mayoritariamente mujeres.
2009 Lowenstein et al.	Israel 1.045 personas mayores de 65 años	18,4% casos de maltrato. El tipo más frecuente: negligencia (26%), verbal (14,2%) y económico (6,4%). Las mujeres estaban más expuestas al maltrato físico. La mayoría de los agresores eran hijos/as.
2011 Lachs et al.	Estado Nueva York 4.156 personas mayores de 60 años	De la muestra, el 64,5% eran mujeres y el 35,5% hombres. El 47,2% estaban casados. Prevalencia maltrato 14,1%. El tipo más frecuente: psicológico (47%), físico (38,6%), económico (32,7%), negligencia (10,9%), sexual (0,99%). El 15,7% sufría más de un tipo de maltrato. El 41,1% de las víctimas era mayor de 75 años. Mayoritariamente las víctimas eran mujeres (67,2%). El 45,8% de las víctimas vivían solas y el 39,4% vivía con el agresor, de éstos el 26% eran cónyuges. El 59,3% de las víctimas vivía por debajo del umbral de la pobreza. Agresores: hombres (66,3%), mujeres (33,7%).
2012 DeLiema et al.	Condado de los Ángeles 200 personas mayores latinos	40,4% son víctimas de maltrato, mayoritariamente mujeres (56%). El tipo más frecuente: psicológico (25%), económico (16,7%), negligencia (11,7%), físico (10,7%), sexual (9%). Estado civil de las víctimas: 33,3% eran viudas o solteras. El 17% de las víctimas vivían solas. La mayoría de las víctimas eran inmigrantes (95%), fundamentalmente provenían de México (64%).
2012 Abdel Raman et al.	Egipto 1.106 personas mayores	El 43,7% son víctimas, mayoritariamente mujer (53,6%). El tipo más frecuente: negligencia (42,4%), físico (5,7%), psicológico (5,1%), económico (3,8%). Estado civil de la víctima mayoritariamente soltera (59,1%), mayor de 70 años. La víctima presenta dependencia para la realización de las ABVD (71,2%) Padece enfermedad física (58,3%) o neurológica (66,7%)

2012 Dong et al.	Chicago 6.159 personas mayores	<p>El 2,32% es víctima de maltrato.</p> <p>El tipo más frecuente: económico (37%), psicológico (29,3%), negligencia (28,6%), físico (8,3%), sexual (1,3%).</p> <p>El 48,9% sufre un tipo de maltrato, el 32,1% dos y el 18,1 tres o más.</p>
2013 Naughton et al.	Irlanda 2.021 personas mayores de 65 años	<p>Prevalencia: 5,9%% víctima de maltrato. 2,4% mujeres frente al 1,9% de hombres.</p> <p>El tipo más frecuente: psicológico (3,8%), económico (2,1%), abandono (1,2%), físico/sexual (1,1%).</p> <p>Sufre más de un tipo de maltrato (25%), más de tres (14%).</p> <p>Los niveles más altos de maltrato se producen en hogares intergeneracionales (3,4%), frente a los que viven solos o en pareja (1,9%), dónde los ingresos económicos son menores, viven en comunidades más desfavorecidas y los niveles de apoyo social son bajos.</p> <p>El agresor: hijo/a (50%), otros parientes (24%), cónyuge (20%).</p> <p>El agresor estaba en desempleo (51%), abuso en el consumo de alcohol (19%).</p> <p>Convivían con el agresor el 37% de las víctimas.</p> <p>El 25% de las víctimas informó que el maltrato era constante.</p>

Fuente: Elaboración propia.

En España, se puede observar de igual forma, cómo los estudios sobre el MPM han ido en aumento. A continuación se presenta en la tabla 5 los resultados principales de algunos de ellos.

Tabla 5. Investigaciones nacionales.

AÑO/AUTOR	CIUDAD/MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES
2001  Bazo	Interprovincial (Vitoria, Sevilla y Gran Canaria)  2.351 personas mayores que tienen SAD	Son víctimas de maltrato el 4,7% (81% mujeres y 19% hombres). El tipo de maltrato: negligencia (63,9%), psicológico (29,7%), económico (16,2%), físico (9%), sexual (0,9%). Respecto al agresor la mayoría han sido hijos/as (55%), cónyuge (12%), hermanos/as (7%). Los hombres sufren más negligencia y las mujeres maltrato psicológico, físico y económico, a la vez que sufren más de un tipo de maltrato al mismo tiempo.
2005  Risco et al	Badajoz  209 personas mayores de 72 años, pertenecientes a un centro de salud	Sospecha de maltrato en un 52,6%. La muestra es mayoritariamente femenina (70%). La mayoría vive con su cónyuge (41,6%), o solos (31,1%). El 88% no percibe ayuda de los Servicios Sociales. Presentan mayor riesgo de sufrir maltrato las personas viudas, solteras o que viven solos.
2008  Pérez-Rojo et al	Interprovincial (Madrid, Málaga y San Sebastián)  396 personas mayores de 65 años	La prevalencia de maltrato es del 12,1%. Por provincias: Madrid (15,2%), Málaga (9,3%), S. Sebastián (9,2%). El tipo de maltrato más frecuente: psicológico (11,5%), físico/sexual (2,9%), negligencia (2,07%), económico (1,1%). La muestra está compuesta por 61,1% de mujeres y 38,9% hombres. El 51,7% casado, el 38,4% viudo, el 6,6% soltero. El 41% vive en pareja, el 31% vive solo. El agresor es la pareja en el 51,2% de los casos, seguido de los hijos/as (25,6%).
2008  Iborra	Nacional  2.401 personas mayores de 64 años  789 cuidadores	0,8% son víctimas de maltrato, subiendo al 1,5% en las personas dependientes. El tipo de maltrato: psicológico y negligencia (0,3%), físico y económico (0,2%), sexual (0,1%). El maltrato psicológico y el económico se da en mayor cuantía en mujeres (85,7% y 75% respectivamente). El riesgo aumenta con la edad, el 57,9% de las víctimas son mayores de 74 años, así como con la dependencia (5,7% prevalencia entre los grandes dependientes).
2009  Pérez-Cárceles et al.	Murcia  460 personas mayores	El 44,6% existía sospecha de maltrato. El tipo más frecuente la negligencia.  El perfil de las víctimas: mujeres de más de 75 años, solteros/as o viudos/as, que vivían solos o con hijos y con bajo nivel socioeconómico.

2009 Garré Olmo et al.	Gerona  676 personas mayores de 75 años	Sospecha de maltrato, 29,3%.  El tipo de maltrato: negligencia (16%), psicológicos (15,2%), económicos (4,7%), físicos (0,1%).  Presencia simultánea de dos tipos de maltrato (3,6%), de más de tres tipos (0,1%).
2011 Sancho et al.	País Vasco  1.207 personas mayores de 60 años	0,9% de maltrato percibido por la persona mayor (72,6% mujeres y 27,4% hombres).  1,5% percibido por los entrevistadores.  El tipo de maltrato: psicológico (0,5%), negligencia, físicos y sexuales (0,2%).  El 25% declara sufrir más de un tipo de maltrato.
2012 García y Castilla	Málaga  259 partes de lesiones e informes sociales de centros de salud	El total de la muestra había sido víctima de maltrato.  El tipo más frecuente: físico (70,7%), psicológico (15,8%), físico-psicológico (7,3%), abandono (3,5%).  El 37,5% sufre agresiones repetidas. Carencia de apoyo sociofamiliar, 10,6%.  La mayoría de agresores son hombres (63,7%); reincide (43,4%); agreden a otros familiares (12%); son el cuidador (8,4%); consumen tóxicos (16,8%), fundamentalmente alcohol (10,8%)  El parentesco del agresor con la víctima: el esposo (32,4%), el hijo (24,7%), la hija (11,2%) y la esposa (4,2%).
2013 Jürschik et al.	Vilanova (Lleida)  127 personas mayores de 65 años atendidas en la urgencia hospitalaria	Prevalencia sospecha maltrato 29,1%.  El tipo de maltrato: abandono (24,3%), vulneración derechos (5,5%), psicológico (4,2%), físico (3,1%), negligencia y económico (2,4%).  Respecto a la muestra: el 57,5% eran mujeres; estado civil mayoritariamente viudos/as (56,7%) o casados/as (39,4%); viven con hijos/as (33,9%), cónyuge (29,1%), solos (17,3%); dependencia (26,8%).

Fuente: Elaboración propia.

Según se observa en la tabla 5, existe una gran disparidad en los resultados, debido fundamentalmente a problemas metodológicos e inexistencia de instrumentos validados que tengan un alto índice de sensibilidad y especificidad (Jürschik et al., 2013). Es necesario seguir

avanzando en el estudio de esta problemática y, al ser una población relativamente aislada, quizás una buena oportunidad para su detección sea desde los centros sociosanitarios, por lo que se debería incluir, en la visita a los mismos, una valoración integral de este grupo etario incluyendo la sospecha de maltrato.

## **1.6. FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES**

Se entiende por factor de riesgo aquella característica que tiene una persona que la hace más vulnerable ante una posible adversidad. Los malos tratos hacia personas mayores no son la consecuencia de un único factor, sino el resultado de la interacción entre diversos factores (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Diferentes investigaciones realizadas señalan que son factores de diversa índole, culturales, sociales, personales y familiares, los que aumentan el riesgo de padecer malos tratos ya que ponen a la persona en una situación de mayor vulnerabilidad (Kosberg, 1988; Wolf, 1997). De igual forma, se consideran el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales por lo que debe ser considerado como un fenómeno multifactorial (Oh, Kim, Martins y Kim, 2006; Schiamberg y Gans, 2000). Varios investigadores sugieren que se necesita una visión ecológica ya que la violencia tiene lugar en la interconexión de los sistemas que se analizaron anteriormente, cada uno de los cuales afecta a la otros (Bronfenbrenner, 1995; DeFour, 2012). La identificación de factores de riesgo no es sinónimo de que se esté

produciendo maltrato real (Jayawardena y Liao, 2006), ya que pueden aparecer falsos positivos en la identificación, de manera que incluso existiendo indicadores relacionados con un elevado riesgo de maltrato, la persona mayor podría no estar sufriendolo, al poder existir determinados factores de riesgo que pueden confundirse con patologías sobrevenidas con los años. Estos factores pueden estar presentes en la propia persona mayor, en el responsable de los malos tratos y/o en el contexto de la situación.

Conocer y entender los factores de riesgo interesa fundamentalmente por dos motivos, uno para intervenir con la víctima y evitarle más sufrimiento y el segundo para poder desarrollar programas de prevención que puedan evitar la aparición del mismo. Dado que son principalmente los profesionales sociales y sanitarios los que pueden tener mejor y más fácil acceso a las víctimas, es importante que conozcan dichos factores por lo que, junto con la formación específica y continuada en este tema, es de vital importancia la elaboración y cumplimentación de protocolos preestablecidos de cara a la detección e intervención (Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuck y Jogerst, 2012).

A continuación se exponen los factores de riesgo asociados al MPM diferenciándolos según estén en relación con la persona mayor, con el agresor o con el contexto (Anetzberger, 2005).

### *Relacionados con la persona mayor*

Las personas mayores presentan las siguientes características que les hacen más vulnerables de padecer maltrato:

#### Sexo

La mayoría de los estudios, tanto los iniciales como los realizados en fechas más recientes, nacionales o internacionales han dado como resultado un mayor porcentaje de víctimas entre las mujeres que entre los hombres (Castilla, 2009; Jürschik et al., 2013; Norris, Fancey, Power y Ross, 2013; Wolf, 1997). Como señala DeFour (2012), la mujer ha sido socializada para ser sumisa y son más tradicionales en cuanto a la aceptación de los roles de género, por ello cuando los perpetradores de la violencia necesitan atención física, las mujeres pueden sentir que es su deber cuidar de ellos aún a pesar de haber sido víctima de abusos durante años. Del mismo modo tienen mayor sentimiento de vergüenza de estar en una relación abusiva. Así se constata en estudios en los que las mujeres han mostrado su preocupación sobre las reacciones de su iglesia, la familia y la comunidad si la gente supiera que estaban experimentando violencia en la pareja (Lichtenstein y Johnson, 2009) y son menos propensas a considerar el divorcio como una opción para salir de una pareja abusiva (Seff, Beaulaurier y Newman, 2008). Pero en aquellos casos en que las mujeres no comparten sus vidas con un hombre, también sufren mayores tasas de acoso sexual (se estima que en este tipo de maltrato la víctima es casi al 100% la mujer) y de abusos debido a no tener un compañero de “protección” (DeFour, 2012; Iborra, 2008). Así pues, independientemente de que viva sola o en compañía, la



mujer es quien sufre en mayor proporción cualquier tipo de maltrato (MetLife Mature Market Institute, 2011).

Los estudios que señalan que el maltrato es superior entre las mujeres que entre los hombres pueden ser explicados por varias razones, por un lado, el mayor porcentaje de mujeres mayores frente al número de hombres mayores, por otro lado, las mujeres experimentan los casos más graves de maltrato, lo que significa que requerirán con mayor probabilidad tratamiento para las lesiones (Pillemer, 2005). Por último, también es cierto, que es más probable que las mujeres informen más del maltrato que los hombres y que busquen ayuda (Penhale, 2003). En lo que sí parece haber consenso es en que son las mujeres las que sufren los casos más graves de maltrato físico y psicológico/emocional. Con respecto al maltrato hacia los hombres, es posible que se les esté devolviendo abusos previos que ellos mismos cometieron o, lo más probable, que hagan elecciones inapropiadas (juego o bebida) que afecten a su capacidad para interactuar de forma efectiva con otras personas (Schiamberg y Gans, 2000). Lo que es obvio es que ambos, mujeres y hombres, pueden sufrir maltrato y, por tanto, deben ser considerados como posibles víctimas.

## Edad

La edad está asociada a un aumento de problemas de salud y a un mayor deterioro tanto físico como psíquico, lo que puede hacer a la persona mayor más dependiente y, por tanto, más vulnerable al maltrato. La literatura recoge que, fundamentalmente, el maltrato se produce en personas mayores de 75 años (Bover, Moreno, Mota y Taltavull, 2003; DeFour, 2012), siendo

las mujeres “más ancianas” las más susceptibles de sufrir maltrato (Collins, 2006; Thobaben, 2012). En nuestro país se confirma igualmente esta característica (Garre-Olmo et al., 2009; Iborra, 2008). De forma concreta, en un estudio previo realizado por García y Castilla (2012) la edad media de las víctimas ha sido algo inferior, 73 años, lo que podría estar motivado por haber sido la víctima la que se desplazó a un centro sanitario en demanda de asistencia, dado que las personas más ancianas, normalmente, presentan mayores problemas de movilidad lo que le impide poder realizar dicho desplazamiento. No se trata sólo de una cuestión demográfica, las personas más mayores tienen mayor probabilidad de presentar otros factores de riesgo, como dependencia y aislamiento social y es más probable que sus cuidadores presenten altos índices de estrés (síndrome de *burnout*). Dado el aumento de la esperanza de vida entre la población y más aún entre la población considerada “mayor”, aquellos que tienen 75 años o más, es importante tener en cuenta este factor ya que unido al sexo el riesgo se multiplica (mujer y mayor de 75 años).

### Estado civil

En este apartado existen resultados contradictorios, algunos autores señalan que las personas casadas presentarían mayor riesgo (Lowenstein et al., 2009; Schiamberg y Gans, 2000), mientras que en otros estudios (DeFour, D, 2012; Jürschik et al., 2013), se informa de que las personas mayores viudas, separadas o divorciadas son más probable que experimenten malos tratos. Esto está relacionado con el tipo de convivencia de cada situación y con el hecho de que una persona mayor que vive con su

cónyuge, o con al menos otra persona, tiene obviamente un mayor riesgo de posibles interacciones abusivas que si vive sola (Schiamberg y Gans, 2000). En los estudios en los que se ha concluido que es más probable que se produzca maltrato en las personas viudas, éste se produciría cuando vive acompañada (Jürschik et al., 2013). Sin embargo, existen estudios que consideran que el hecho de convivir con su cónyuge o pareja, o con otras personas, es un factor protector frente al maltrato (Melchiorre et al., 2013).

### Nivel educativo

Existen investigaciones que señalan que un bajo nivel educativo en la persona mayor puede aumentar el riesgo de maltrato (Dong, Chang, Wong, Wong y Simon, 2014; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). En la misma línea han ido los resultados de estudios recientes llevados a cabo tanto con inmigrantes latinos (De Liema, 2012), como en nuestro país (Jürschik et al., 2013), dónde el bajo nivel educativo es considerado como un factor de riesgo al carecer la persona de habilidades de comunicación y sociales que le van a impedir pedir ayuda o incluso ser consciente de que está siendo víctima de abusos.

### Aislamiento social

El apoyo social tiene un fuerte impacto positivo en las personas, y no menos en las personas mayores con problemas de salud. La falta de una red de apoyo y unas pobres relaciones familiares o sociales representan factores de riesgo para el abuso de ancianos (Melchiorre, Chiatti y Lamura, 2012). En un estudio reciente realizado en siete países europeos, entre los que

participó España, se obtuvo como resultado que los niveles altos de apoyo social pueden representar un factor protector en la reducción de la vulnerabilidad de las personas mayores y del riesgo de padecer maltrato sobre todo de tipo emocional (García y Castilla, 2012; Melchiorre et al., 2013). Como se ha apuntado anteriormente las personas que viven en hogares de gran tamaño, con su cónyuge o pareja, o con otras personas, o que hacen un uso frecuente de los servicios de salud son más propensas a experimentar altos niveles de apoyo social. En otros estudios realizados en los que igualmente se concluyó que la soledad es considerada como un factor de riesgo, se constató como estas personas, a pesar de estar sufriendo maltrato, temen comunicarlo por miedo a su ingreso en una residencia (DeFour, 2012). Es obvio que altos niveles de apoyo social puede representar un factor protector frente a la vulnerabilidad, el aislamiento y el riesgo de ser víctima de maltrato.

### Dependencia

Aunque entre la mayoría de la población se da por supuesto que el hecho de que la persona mayor sea dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, lleva aparejado una mayor probabilidad de sufrir maltrato, en diferentes investigaciones realizadas no hay conclusiones unánimes al respecto. Estudios recientes en los que han realizado una evaluación de la función física mediante una serie de pruebas objetivas (Dong, Simon, y Evans, 2012), han concluido que existe una asociación directa entre la disminución de la función física y el riesgo de abuso de personas mayores en múltiples formas: físico, psicológico, económico, etc. (DeLiema,

Gassoumis, Homeier, Wilber y Katheleen, 2012; Eulitt, Tomberg, Cunningham, Counselman y Palmer, 2014). En nuestro país, igualmente, la prevalencia de personas mayores víctimas de maltrato, es mayor entre la población dependiente que entre aquellos que no lo son (Iborra, 2008). Sin embargo tanto estudios anteriores (Baker, 2007; Pillemer y Finkelhor, 1989) como actuales (Jürschik et al., 2013) encontraron que la dependencia física no se asocia con mayor riesgo de sufrir maltrato, no asumiendo una relación directa entre ambos. Pero lo que se debe tener presente es que las personas dependientes víctimas de maltrato, fundamentalmente ocasionado por parte de su cuidador/a, necesitan para subsistir a esa otra persona, por lo que tienden a justificar el abuso siendo aún más difícil su detección (Daly, Schmeidel Klein y Jogerst 2012).

### Psicopatología

En la mayoría de los estudios analizados, el porcentaje de personas mayores que sufre algún trastorno psicológico (depresión, ansiedad, apatía, etc.) es mucho mayor entre las víctimas de maltrato que entre los que no son. Algunos estudios han encontrado que la depresión, las ideas suicidas, los sentimientos de infelicidad (Melchiorre et al., 2013; Muñoz, 2004), así como la ansiedad (Macassa et al., 2013) son características de las personas víctimas de maltrato. Las personas que presentan problemas de salud mental tienen mayor riesgo de padecer maltrato (Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2008). Estas personas, por vergüenza o culpabilidad, podrían negar con mayor probabilidad la presencia de maltrato, echándose la culpa del mismo, además de no saber qué acciones deben poner en marcha para

protegerse a sí mismas del maltrato (Baker, 2007; Schiamberg y Gans, 2000). Sin embargo en otros estudios se han encontrado tasas similares de depresión en las personas mayores, independientemente de si han sido víctimas o no de maltrato (Iborra, 2008). Los problemas de psicopatología, fundamentalmente el padecer ansiedad, se consideran factores de riesgo.

### Deterioro cognitivo

Se estima que la prevalencia del maltrato en personas mayores con deterioro cognitivo es mayor que entre aquellas personas del mismo grupo etario que no presentan dicho problema (Kosberg y Nahmias, 1996; Schofield, Powers, MedStats, y Loxton, 2013). Sin embargo, quizás sea el segmento de personas mayores al que es más difícil acceder y las investigaciones son, por tanto, más escasas. Estudios como el de Homer y Gilleard (1990) han encontrado prevalencias de maltrato muy superiores a la media entre personas con enfermedad de Alzheimer. En la investigación realizada por el Centro Reina Sofía de Valencia (Iborra, 2008), los resultados mostraron como las personas que presentaban demencia habían sufrido mayores tasas de maltrato. A pesar de la dificultad de acceso, es fundamental la realización de estudios con personas mayores que presenten deterioro cognitivo.

### Comportamientos agresivos

Al igual que el resto de la población, algunas personas mayores pueden ser excesivamente demandantes, desagradecidas o desagradables. Estas personas, fundamentalmente aquellas con demencia y dependientes, pueden

irritar a las personas que las cuidan, ya de por sí estresadas y sobrecargadas, y favorecer el maltrato (Cooper, Selwood, Blanchard y Livingston, 2010; Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008). Los comportamientos agresivos o trastornos de conducta por parte de la persona mayor pueden actuar como factores desencadenantes de violencia por parte del cuidador (Iborra, 2008; Pillemer y Suitor, 1988). A veces han sido los propios medios de comunicación los que en cierta medida han hecho que esto se generalice y a su vez se convierta en un estereotipo, ya que han presentado a las personas mayores no sólo como una carga sino como personas que son agresivas y abusivas con las propias personas que tratan de cuidar de ellas (Harbison et al., 2012).

#### Abuso de sustancias

El abuso de sustancias tóxicas en la persona mayor, fundamentalmente alcohol u otras drogas, es otro factor a tener en cuenta ya que tiene más probabilidades de ser maltratada debido a diferentes causas: por su incapacidad para cuidar de sí misma; porque viva en una situación poco estable emocionalmente; porque podría ser menos consciente de que el cuidado que está recibiendo es inadecuado o dañino o debido también a la presencia de un comportamiento provocativo por su parte. Con frecuencia, las personas adictas a las drogas o al alcohol se comportan de forma errática e insensible (Baker, 2007). Es posible que tal comportamiento, dirigido hacia otra persona, pueda provocar un aumento de la probabilidad de maltrato. En diferentes estudios se ha encontrado una relación directa entre la sospecha de malos tratos y el excesivo consumo de sustancias, tanto de

drogas legales como ilegales, por parte de la persona mayor considerándosele un factor de riesgo (Jogerst, Daly, Galloway, Zheng y Xu, 2012; Pérez-Cárceles et al., 2009). Es importante, en este sentido, tener en cuenta la automedicación entre las personas mayores.

### Problemas económicos

Por regla general, las mujeres que han realizado trabajos remunerados lo han hecho con menor cualificación profesional y percibiendo salarios más bajos que los hombres, por lo que han tenido menor capacidad de ahorro para la jubilación y pensiones de menor cuantía económica. Diferentes investigaciones han concluido que el hecho de que la persona mayor tenga bajos ingresos económicos puede incrementar el riesgo de maltrato (Jürschik et al., 2013; Schiamberg y Gans, 2002). Igualmente otros estudios corroboran que el hecho de ser dependiente económicamente de otra persona se considera un factor de riesgo (Lowenstein, 2009; Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008), así como el que la persona mayor sea perceptora de una pensión insuficiente (Abdel Rahman y El Gaafary, 2012).

### Número de visitas a los servicios sanitarios

Aunque no es una característica de la víctima, es un comportamiento que se debe tener presente ya que existe evidencia científica que señala que las personas que son maltratadas visitan con mayor frecuencia los servicios de atención sanitaria que aquellas que no lo son (Daly, Schmeidel, Amy y Jogerst, 2012). El hecho de acudir al mismo no significa que vayan a comunicar su situación, pero ya que es dónde fundamentalmente acuden



para recibir asistencia, es el lugar más idóneo para su detección. De ello se deriva la importancia de la formación y predisposición de los profesionales sanitarios, ya que como señalan algunos estudios la carencia de una formación específica en el tema actúa como barrera adicional para la detección y notificación del mismo (Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuck y Jogerst, 2012). Debido al aislamiento que pueden sufrir muchas víctimas de maltrato, quizás sean los centros de salud o los servicios de urgencias dónde únicamente acudan las víctimas y puede ser el lugar idóneo para su detección (Jürschik et al., 2013). La existencia de protocolos permitiría a los profesionales sanitarios identificar y detectar factores de riesgo y de esa forma establecer un mecanismo para informar de la sospecha de maltrato. Aunque lo anterior parece evidente existen otros estudios en los que se recoge que el hacer uso frecuente de los servicios de salud se entiende como un factor protector en cuanto que puede ser o considerarse un indicador de apoyo social (Melchiorre et al., 2013).

### *Factores de riesgo asociados al responsable del maltrato*

A continuación se exponen una serie de características que pueden servir de ayuda a los profesionales para la identificación de personas o prácticas no competentes o inapropiadas para cuidar o interaccionar con personas mayores.

## Sexo

Como ha quedado expuesto con anterioridad, las mujeres son quienes mayoritariamente se ocupan del cuidado de los mayores, así pues cabría pensar que la persona que maltrata sería fundamentalmente una mujer. Sin embargo esto no es así y el asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, no lleva aparejado el presentar mayor riesgo de ser responsables del maltrato (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Kosberg, 1988). Al igual que en otros tipos de violencia familiar, la mayoría de los responsables de maltrato a las personas mayores son hombres (Bell, Oyebode y Oliver, 2004; Penhale, 2003). Algunas investigaciones apuntan que el sexo está relacionado con el tipo de maltrato, encontrándose que los hombres son, con mayor frecuencia, responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia (Penhale, 2003; Phillips, 2005). En nuestro país en el estudio realizado por Iborra (2008) la prevalencia de agresores es mayor entre los hombres (6,3%) que entre las mujeres (4,2%). Incluso en los casos de negligencia es mayor la prevalencia de hombres agresores (0,7%) que la de mujeres (0,3%). Igualmente en el estudio de García y Castilla (2012) quiénes más agreden son los hombres, 54,1% de los casos, en concreto el esposo, 32,4%; seguido del hijo, 24,7% e hija, 11,2%.

## Dependencia económica

Según todas las investigaciones es un factor de riesgo importante la dependencia económica del agresor con respecto a la víctima o bien la necesidad de alojamiento (Baker, 2007; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). En

la actualidad y más aún debido a la crisis económica que se está padeciendo, hay muchos hijos que se habían independizado y que, por haberse quedado en desempleo o por separaciones de la pareja y carecer de recursos económicos o que éstos sean escasos, han tenido que volver al hogar familiar. En la investigación de Iborra (2008), según información de las propias víctimas, en el 47,4% de las personas mayores maltratadas su pensión era la única o principal fuente de ingresos de la familia. Muchos de los cuidadores, aún teniendo trabajo remunerado, se ven obligados a abandonar o reducir el horario en su puesto de trabajo ya que su capacidad para trabajar fuera del hogar se ve seriamente limitada por sus responsabilidades en el hogar por incompatibilidad con su función como cuidador. La merma en los ingresos y/o la dependencia financiera de la víctima es una característica muy común en el agresor. Autores que han realizado investigaciones sobre el tema (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012), apuntan la necesidad de facilitar el camino a los cuidadores con alguna compensación económica. En nuestro país desde que se puso en marcha la Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, existe una pequeña cuantía económica para aquellos que solicitan la prestación de ayuda al cuidador familiar.

Unida a la dependencia económica está el hecho de que el cuidar a una persona mayor dependiente lleva aparejado un aumento en los gastos de la economía familiar (dietas especiales, uso de pañales, excesiva medicación, productos parafarmacéuticos, etc.). De esta forma, a la reducción que puede producirse en los ingresos, por abandono o disminución de la jornada

laboral, se une un incremento en los gastos y el problema surge cuando se culpa de ello a la persona mayor.

### Abuso de sustancias

El abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol y otras drogas, es uno de los factores de riesgo inicialmente más documentados relacionados con el maltrato a mayores (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989). El consumo de alcohol o de drogas podría mermar el juicio de la persona consumidora y disminuir su nivel de inhibición, lo que podría dar como resultado un aumento de la incidencia del maltrato, ya sea intencional o no (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Las investigaciones actuales continúan insistiendo en este abuso de sustancias como desencadenante del maltrato (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). Todo consumo supone un coste económico añadido bastante importante, por lo que estaría íntimamente ligado con el factor anterior, la dependencia económica de la víctima para su consumo, lo que lleva en la mayoría de los casos al maltrato tanto económico, físico como psicológico.

### Inexperiencia

Los cuidadores en su mayoría son familiares de la persona mayor a la que cuidan y por regla general carecen de una preparación y un entrenamiento formal sobre habilidades para el cuidado (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012), lo que puede ser particularmente problemático cuando la persona cuidada sufre deterioro mental o físico, o tiene comportamientos problemáticos o presenta agresividad, etc. Debido al desconocimiento y a la falta de estas

habilidades, los cuidadores pueden malinterpretar el comportamiento de la persona mayor y creer que se comporta así porque quiere, o como represalia o porque es testarudo, pudiendo conducir estas creencias a sentimientos de frustración e ira en el cuidador. Es poco probable que estos cuidadores conozcan cuáles son las formas más efectivas para obtener el control sobre el comportamiento de la persona cuidada y podrían recurrir a medidas que impliquen agresividad para conseguir su control (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Pérez-Rojo, 2008). De cara al entrenamiento y a la prevención es importante señalar la existencia de los grupos de cuidadores que se realizan en diferentes instituciones, fundamentalmente las sociosanitarias, cuyo objetivo principal es la adquisición de habilidades y competencias por parte del cuidador.

#### Aislamiento social

Así como en la víctima la carencia de apoyo social es un factor de riesgo, en el agresor lo es el aislamiento social (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). El coste de cuidar lleva aparejado una disminución del tiempo que el cuidador dispone para él mismo, hecho que va a hacer que tenga que abandonar determinadas actividades siendo una de las primeras el renunciar a poder seguir manteniendo contacto con familiares, amigos, compañeros, etc. lo que le va a llevar cada vez más a un aislamiento y a un encerrarse en sí mismo que le hace sentirse mal, sin ilusión, sin expectativas, sin apoyos y puede desencadenar, como contrapartida, en un trato inadecuado a la persona que cuida. El 44,4% de los cuidadores que incurren en maltrato

afirma que el cuidado de la persona mayor le influye negativamente en sus relaciones sociales y familiares (Iborra, 2008).

### Estrés y sobrecarga

El estrés y la sobrecarga son considerados factores de riesgo por diferentes autores (Cohen, Levin, Gagin y Friedman, 2007; Iborra, 2008) debido a que el cuidador se agota. El cuidado de los mayores supone una carga adicional a las presiones de la vida moderna y a su ya estresada y sobrecargada vida, sobre todo cuando hay que compatibilizarlo con la vida familiar (pareja e hijos), laboral, etc. (Bowes, Avan, y Sherry Bien, 2012). En la mayoría de los casos el cuidador es una única persona que no recibe ayuda de nadie, y que cuida las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, los trescientos sesenta y cinco días del año. El hecho de cuidar conlleva que el cuidador se encuentre en continua tensión y presión, desencadenando estrés (Bowes, Avan y Sherry Bien, 2012). Según Iborra (2008) el 72,2% de los cuidadores que incurren en maltrato siente que la situación les sobrepasa. Hay que tener en consideración que la inmensa mayoría de cuidadores son mujeres y que la mayoría de agresores son hombres, por lo que aunque la mayor parte de los cuidadores están estresados y/o sobrecargados, sólo una mínima parte maltrata a la persona mayor a la que cuida (Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2010; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008). Algunos autores justifican tal circunstancia y se refieren a los cuidadores no como necesariamente malas personas sino como personas sobrecargadas con persistentes carencias de apoyos que repercuten negativamente en ellos, dando como resultado que el 18 % de las

mujeres cuidadoras y el 8 % de los cuidadores varones refieren que su salud se ve afectada por el cuidado de una persona mayor (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). Es preciso, pues, establecer medidas preventivas que disminuyan la carga de los cuidadores. Quizás sea necesario dar a conocer los recursos sociales existentes, tales como centros de estancia diurna, voluntariado, respiro familiar, etc., de cara a una óptima utilización y para que redunde en beneficio tanto de la víctima como del cuidador.

### *Factores de riesgo estructurales*

Es preciso analizar una serie de características que se pueden producir en el contexto de la situación del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario y que se han identificado como factores de riesgo.

### *Ayuda recibida*

La familia sostiene el peso mayor en la prestación de cuidados y servicios a la persona mayor y representa el recurso principal para reducir la posibilidad de institucionalización en caso de estar incapacitadas o enfermas y necesitar de cuidados.

Se ha dicho anteriormente que los cuidados, prolongados en el tiempo, pueden producir sobrecarga en el cuidador y ser un factor de riesgo que desemboque en maltrato. Igualmente las excesivas demandas de la víctima podrían sobrecargar al cuidador y dar como resultado un cuidado abusivo o ineficaz (Oh, Kim, Martins, y Kim, 2006). De ahí que la ayuda y el apoyo

que pueda recibir el cuidador sean fundamentales de cara a la prevención del mismo. Dicho apoyo puede provenir de fuentes informales (familiares, amigo, vecinos) o formales (centros de estancia diurna, centros de respiro familiar, ayuda domiciliaria, voluntariado, etc.). Cómo se señala en diferentes estudios (Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013), cualquier tipo de ayuda, incluido el asesoramiento, redundará en beneficio tanto del cuidador como de la posible víctima. En una investigación realizada en Canadá se concluye que menos del 11 % de los cuidadores reciben apoyo formal (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). En el mismo se indica la necesidad de establecer medidas preventivas que disminuyan la carga de los cuidadores tales como apoyo financiero, incentivos económicos, tanto directos como indirectos, que puedan mitigar la sobrecarga. En dicho estudio se recoge que Australia y Alemania ofrecen programas para apoyar financieramente a los cuidadores, pero no son los únicos países; en Suecia, por ejemplo, existe una amplia cobertura de prestaciones sociales para el cuidado de los mayores. En España, a pesar de la puesta en marcha de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la cobertura económica y de prestaciones que la misma señala, sigue estando aún en fase de implementación debido a la ralentización que ha sufrido en su puesta en marcha, motivada, según refieren, por la crisis económica que atraviesa el país; las prestaciones no se han universalizado y las personas dependientes no pueden recibir la ayuda que les pertenece de cara a cubrir sus necesidades personales. Según otros estudios (Bowes, Avan y Macintosh, 2012) en muchas ocasiones el orgullo, o un fuerte sentido de la vergüenza impide al cuidador pedir ayuda. Es obvio que la sobrecarga en el cuidador



existe y que se agudiza aún más cuando el cuidador tiene otras obligaciones familiares como el cuidado de niños, o cuando aumenta la dependencia de la persona mayor, sobre todo en términos de la reducción de su capacidad de contribuir en los cuidados. Como ya ha quedado constancia, la mujer es la cuidadora en la mayoría de los casos, pero en la actualidad con el mayor acceso de la mujer al mercado laboral, se crea la necesidad de suplir con apoyos formales el trabajo de cuidado que antes realizaban éstas. En nuestro país, al igual que en otros del entorno, los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas mayores, y la familia es la principal proveedora de cuidados, a la vez que representa el recurso principal para reducir la posibilidad de institucionalización en caso de estar incapacitadas o enfermas y necesitar de cuidados (Esping-Andersen, 2004). En una investigación realizada en Galicia (Lorenzo, Maseda y Millán, 2008), las soluciones más demandadas por los mayores y sus cuidadores informales fueron principalmente el incremento de las prestaciones económicas a los cuidadores familiares y la promoción de servicios destinados a mantener a la persona el mayor tiempo posible en su entorno habitual. Hay que tener en cuenta que el “cuidar” tiene un coste y éste es elevado en términos de salud, calidad de vida, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, impacto económico, relaciones sociales y disponibilidad del propio tiempo.

### Aislamiento

El aislamiento, tanto geográfico como social, del responsable del maltrato o de la persona mayor aumenta la probabilidad de que ocurra el maltrato. El

aislamiento social hace referencia a la carencia de redes sociales y contacto limitado con familiares, amigos y vecinos. Las redes funcionan como instancias que promueven la integración social y evitan el aislamiento que es uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez, ligado a la exclusión y al rechazo (Guerrini, 2010). Las investigaciones gerontológicas muestran que las personas mayores que no desarrollan ninguna actividad se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos y conservan o establecen nuevas redes vecinales y familiares, además de que las personas que se sienten apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades en mejores condiciones (Findling, Lehner, Ponce, Venturiello y Mario, 2008). El aislamiento coloca a la persona mayor vulnerable en una posición de invisibilidad que, a su vez, hace difícil la detección de comportamientos abusivos, bien sea por parte de familiares o de profesionales, al no mantener contactos ni relaciones y tampoco el posible agresor y su víctima no van a poder recibir ayuda o apoyo al no realizarse intervención alguna (Pérez-Rojo, 2008).

En las zonas urbanas lo que se está produciendo es una tendencia al anonimato, los vecinos no se conocen, provienen de diferentes ámbitos geográficos, a veces con problemas de desarraigo, y todo ello hace que la persona mayor se aisle y no mantenga contactos sociales. En otros casos es debido a los cambios de rol: de trabajador a jubilado, de estar casados a enviudar, de ser padres a ser abuelos, lo que le hace a la persona mayor el cuestionarse si es útil para su familia o para la sociedad y como consecuencia de ello se retraiga en sus relaciones. El aislamiento puede

provocar en la persona mayor sentimientos de soledad, ansiedad y depresión, pues como apuntan algunos investigadores las experiencias más dolorosas que sufren las personas son aquellas en las que de un modo u otro pierden lazos sociales (Kamenetzky et al., 2009). Como consecuencia la persona va a sufrir un "dolor social", definido por Einsenberg y Liberman (2005) como la experiencia de distress que se origina de la percepción de una distancia psicológica real o potencial de otros cercanos o de un grupo social. Estos autores demuestran, mediante experimentos realizados, que la necesidad de la conexión social es tan esencial para la supervivencia, que estar excluidos o desconectados del grupo social es procesado por el cerebro de una manera similar a la del dolor físico.

En cuanto a la persona cuidadora el aislamiento viene motivado, en la mayoría de los casos, por la imposibilidad de disponer de tiempo para ella misma renunciando, obligatoriamente, a cualquier contacto o actividad social que realizase con anterioridad. La falta de tiempo es uno de los “costes” que lleva aparejado el hecho de cuidar.

El aislamiento del agresor y de su víctima, puede verse afectado o estar en relación a los cambios habidos en los modelos de familia. Se ha pasado del modelo de familia extensa característica de la sociedad agraria y tradicional, donde la persona mayor era el vértice, al modelo de familia tradicional, característica de la sociedad industrial y moderna, entendida como nuclear, biparental, heterosexual, autoritaria y asimétrica en la distribución sexual de los roles, conocida también como familia patriarcal (Rivas, Jociles y Moncó, 2011), en la que el hombre se dedicaba a trabajar y a la esfera pública,

mientras la mujer se encargada de la casa y del cuidado de los hijos, la esfera privada, a la vez que se refuerza la familia como institución. Aunque el modelo de familia nuclear sigue siendo la estructura familiar sobresaliente en la mayor parte de contextos socioculturales, es evidente que en las últimas tres décadas se encuentra en descenso y compartiendo su estatus con una multiplicidad de formas familiares resultado de la adaptación a nuevos contextos y maneras de convivir en la sociedad (familias monoparentales, reconstituidas, homoparentales, etc.). Quizás uno de los hechos que más ha influido en estos cambios haya sido la emancipación de la mujer con la incorporación al mercado laboral y el acceso a niveles educativos superiores, lo que hace que tenga menor disponibilidad para involucrarse en las tareas domésticas y cuidados familiares debido a carecer de tiempo suficiente para ello.

### Historia de violencia familiar

A veces las personas mayores que han sido responsables de conductas abusivas hacia familiares en el pasado, pueden recibir un tratamiento similar cuando son cuidadas por dichas personas (Baker, 2007). La mayoría de la literatura consultada hace referencia al hecho de que los hijos que han sido maltratados de pequeños, al ser adultos presentan riesgo de convertirse en responsables de maltrato (Sengstock y Hwalek, 1987). Este maltrato puede ser con motivo de una conducta aprendida ya que los comportamientos se reproducen, por venganza deliberada, o el resultado de una hostilidad inconsciente (Kosberg, 1988). Algunos estudios (McDonald y Thomas, 2013) apuntan que para entender el MPM hay que conocer y tener en cuenta

el ciclo vital. En un estudio realizado en Canadá el maltrato fue común entre los participantes del estudio, produciéndose los mismos, en más de la mitad de los casos de la muestra, durante la infancia (54,6%), siendo los tipos de maltrato más frecuentes en esta etapa los psicológicos(42,3%), sexual (32,2%) y físicos (26,6%). El abuso psicológico fue el tipo más común de abuso en cada etapa de la vida. Sin embargo cuando los perpetradores de la violencia necesitan cuidados, las víctimas, fundamentalmente si son mujeres, pueden sentir que es su deber cuidar de ellos a pesar de haber sufrido años de abusos en sus manos. Los resultados de estos estudios también demostraron que un número significativo de las mujeres habían experimentado más de un tipo de abuso en más de una ocasión, pero lo que queda claro es que el MPM no es un hecho puntual que se produce en esta etapa de la vida, sino que es un problema del que se ha sido víctima en diferentes etapas del ciclo vital (McDonald y Thomas, 2013).

### Conflictos familiares

Diferentes estudios han concluido que los problemas en las relaciones familiares, así como los conflictos interpersonales y de valores están íntimamente ligados a la negligencia o el abandono (Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013). Estos conflictos intergeneracionales han hecho que las personas mayores sientan que no son bien atendidas y las expectativas que tienen de ser cuidados por sus hijos se les han venido abajo por lo que muchas han tenido que optar por ingresar en algún centro residencial. Para las personas mayores, la familia es su principal referente y grupo de pertenencia; es el ámbito de refugio, de apoyo, auxilio, compañía, cooperación y asistencia.

Los conflictos, en ocasiones, son consecuencia de la existencia de barreras comunicativas, de prejuicios y estereotipos que desencadenan en sentimientos de malestar y sufrimiento. A veces estos conflictos familiares pueden aliviarse, en parte, con un asesoramiento profesional, consiguiendo éste mejorar las líneas de comunicación, al igual que el proporcionar incentivos a los cuidadores, o que las viviendas cuenten con las infraestructuras necesarias que permitan un cuidado adecuado de la persona mayor o que existan centros de estancias diurna dónde ésta pueda acudir. Todo ello redundaría en beneficio de ambos y llevaría consigo unas mejores relaciones intergeneracionales con unos lazos familiares más fortalecidos a la vez que prevenir el MPM, pues la existencia de conflictos intergeneracionales entre padres e hijos o los problemas de pareja pueden incrementar el riesgo de maltrato (Jayawardena y Liao, 2006). En cualquier caso es necesario apuntar como los cambios sociodemográficos están haciendo que la familia se “verticalize”, lo que significa que las generaciones que se suceden en una familia, lo hacen en continuidad vertical, sin parientes laterales u horizontales, con pocos hermanos (Ramírez, 2008). Esto, irremediablemente, va a llevar a que existan más adultos mayores viviendo solos y sin redes primarias de apoyo, por lo que cobrará mayor importancia la solidaridad intergeneracional, ya que al disminuir los parientes colaterales, es necesario que se fortalezcan los vínculos de índole social y comunitarios.

## Vivienda compartida

El hecho de que una persona mayor comparta vivienda en una familia compuesta por muchos miembros, puede ser otro factor de riesgo. Hoy día están aumentando las familias de tres generaciones debido a una mayor longevidad y al aplazamiento de la emancipación de los hijos, lo que hace que las familias pueden tener a su cargo a progenitores ancianos y a hijos. El exceso de personas, el hacinamiento y la falta de intimidad conducen a conflictos intrafamiliares que pueden desencadenar en MPM (Kosberg, 1988). Existen investigaciones en las que son las propias personas mayores las que verbalizan que cuando muchas personas viven juntas tiende a haber más disputas porque la relación (en cuanto a espacio físico) es más estrecha, existe mayor proximidad, cada uno dice y piensa diferente, etc. En los que no viven juntos habrá menos desacuerdo (Bowes, Avan, y Macintosh, 2012). Según el último estudio de la Fundación Mapfre sobre la vivienda del mayor (2013), el 33% de las personas encuestadas viven solas, de las que el 68% tiene 75 años o más, siendo el 78% mujeres y el 22% hombres, aunque la mayoría de los hogares son los formados por dos miembros, 46%. La realidad hoy día es que cada vez hay más hogares unifamiliares.

A modo de resumen, independientemente de los factores de riesgo y, unido a ellos, existen ciertas conductas, comportamientos y signos, tanto por parte de la posible víctima, como del posible responsable del maltrato, que se han identificado como indicadores de maltrato y que también debemos conocer y tener en cuenta de cara a la posible detección del mismo (Moya y Barbero, 2005). A continuación se describen ambos.

Entre las conductas a observar en la persona mayor estarían: explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones, de cómo ocurrió el incidente o de ser “propensa” a tener accidentes, disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y del agresor, además de la demora en la atención médica en cuanto que pasa un tiempo prolongado entre el trauma o la enfermedad y la visita al centro médico y, si esto se produce, lo normal es que no exista comunicación de la víctima con el personal sanitario, negándose a responder cuando se le pregunta, o hay un cambio en su comportamiento cuando el agresor está presente, como por ejemplo mirarle antes de atreverse a responder. Uso de fármacos (psicotrópicos) no prescritos por el médico, así como no seguir el tratamiento médico prescrito o realizar frecuentes visitas a urgencias, a diferentes centros de salud o a la consulta de su médico de familia. En cuanto a su estado personal puede presentar moratones en diferentes estadios de curación o escaras por no realizarse los cambios posturales necesarios, carecer de higiene personal y/o de cuidados personales desprendiendo mal olor, estar ansiosa, deprimida o tener ideas suicidas y con una baja autoestima verbalizando frases como: “no sirvo para nada”, “aquí estoy molestando”, “lo mejor para todos es que me muera”, etc. Respecto al hábitat, sábanas sucias o manchadas de sangre, olor a excrementos y, en general, vivienda carente de higiene y que no presenta condiciones de habitabilidad.

En cuanto a las conductas del posible agresor que aportan información sobre una posible situación de riesgo de MPM, se ha de observar el culpable



siempre a la víctima de todo lo que suceda. De igual forma, es importante identificar cuando se pretende evitar la interacción en privado y a solas entre el profesional sociosanitario y la persona mayor, así como negarse a que se le proporcionen los servicios necesarios o se realicen visitas domiciliarias por parte de los profesionales, o bien culpar de todo lo que le pasa a la persona mayor, a los profesionales. Es una persona que está siempre a la defensiva, con una excesiva preocupación por un problema particular de la persona mayor más que por su salud en general y que no se siente satisfecho con tener que convivir con la persona mayor o con tener que cuidarla. A veces, se muestra extremadamente protector, controlador o encantador con la persona mayor en presencia de los profesionales, insistiendo en contestar él a las preguntas que se le realizan a la víctima alegando que ésta no sabe o está “loca”, distorsionando la información o utilizando evasivas y no permitiendo dejar nunca a solas a la persona mayor con el profesional. No la lleva a los controles sociosanitarios establecidos. Normalmente se muestra hostil, enfadado, impaciente o indiferente hacia la persona mayor o utiliza con ella un tono de voz brusco o áspero. En caso de ingreso hospitalario se pueden producir dos situaciones, o no acudir nunca a verla, o no dejarla nunca sola, además de intentar alargar el tiempo de hospitalización sin motivo justificado. Con bastante frecuencia, carece de ingresos económicos y de vivienda propia por lo que necesita la vivienda de la víctima para vivir. Si, además, del cuidado del mayor tiene responsabilidades laborales y familiares, se va a sentir estresado y sobrepasado, más aún si carece de conocimientos básicos respecto a cómo realizar los cuidados.

A modo de resumen decir que, tanto los factores de riesgo como las conductas y signos que acabamos de exponer, son importantes conocerlos y tenerlos en cuenta de cara a poder detectar casos de personas mayores que estén en riesgo de ser víctimas de maltrato y realizar una intervención precoz, aunque no quiere decir que la presencia de uno o más de estos factores de riesgo o signos tenga que conducir irremediabilmente a un caso de maltrato, ya que hay algunos que pueden confundirse con patologías sobrevenidas con los años. Así pues, al ser el MPM un problema multifactorial, hay que tener en cuenta que puede no ser el resultado de la presencia de un único factor, sino de la combinación de varios factores y causas diferentes, lo que hace aún más difícil su detección. En cualquier caso, ante la sospecha de un posible caso de MPM, es necesaria la realización de una evaluación exhaustiva no sólo de la persona mayor, sino también del posible agresor y del contexto de la situación (Pérez-Rojo, 2008) y no podemos ni debemos bajar la guardia ya que como concluyen algunas investigaciones, una de cada diez personas mayores experimenta algún tipo de abuso por parte de su cuidador cada año (Hoover y Polson, 2014).

### *Perfil de la víctima y del agresor*

A la hora de acercarnos a un perfil de las personas implicadas en el MPM, tanto a las víctimas como a los agresores, en los estudios científicos consultados se desprenden una serie de características coincidentes en la mayoría de ellos y que conviene conocer (Lang y Enzenhofer, 2013; Ruiz et

al., 2001). No obstante, el que una persona posea alguna de estas características no es sinónimo de que pueda llegar a ser víctima de maltrato o agresor.

Respecto al perfil de las víctimas, por regla general, se observa: el ser mujer, mayor de 75 años, con una profesión previa no remunerada y con bajos ingresos económicos (Acierno et al., 2010). Suele ser dependiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Esta característica no solo se asocia a mayor riesgo de padecer maltrato, sino lo que es aún más importante a tener en cuenta, se asocia a que la víctima tenga mayor riesgo y probabilidad de padecer diferentes tipos de maltrato de manera simultánea (Dong, Simon, y Evans, 2012). Son personas que presentan cierto deterioro cognitivo y aislamiento social, lo que hace que la probabilidad de sufrir cualquier tipo de maltrato se triplique (Anciemo et al., 2010). Respecto al estado civil existen resultados contradictorios ya que algunos autores observan que existe mayor riesgo entre las personas mayores viudas o solteras (Jürschik et al., 2013), mientras que otros señalan que presentarían mayor riesgo las personas casadas (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winsterstein, Enosh, 2009).

En relación al perfil del agresor suele haber unanimidad. Entre las características se destaca el ser hombre (un altísimo porcentaje de estudios así lo corroboran), con un parentesco muy cercano con la víctima, siendo fundamentalmente el agresor el esposo y el hijo (García y Castilla, 2012). Este hecho debería llevar a la reflexión ya que podría haber casos en los que la violencia vendría de lejos, siendo en los inicios, violencia de género que

se ha perpetuado en el tiempo. En otros estudios se señala que son, en primer lugar, los hijos (Sancho et al., 2011). En la mayoría de los casos es el cuidador principal, y único, de la persona mayor, rol que no acepta, ni asume la responsabilidad que ello conlleva, a veces por inexperiencia o carencia de conocimientos y habilidades en los cuidados (Consejo General Poder Judicial, 2009), con una escasa o nula red de apoyo social. Suele depender económicamente de la víctima a la vez que comparte con ella la vivienda. Algunos agresores son consumidores de fármacos, alcohol y drogas o padecen alguna enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad. Existen antecedentes de conductas abusivas durante la infancia y sus expectativas de vida se han visto trucadas. Hay estudios que concluyen que el riesgo de que se produzca un abandono es mayor si el cuidador no es el cónyuge (Abdel Rahman y El Gaafary, 2012). Anetzberger (1987) definió y estableció la existencia de tres perfiles de personas que maltratan. Los hostiles, son aquellos que han sido previamente maltratados por la persona mayor, manteniendo en la actualidad una relación difícil con él al tener que asumir el cargo de cuidador por obligación. Los autoritarios se catalogan en este apartado aquellas personas que son intransigentes con la incapacidades de la persona mayor, adoptando en la actual relación la misma rigidez que éste les mostró desde niño. Y los dependientes, referidos a aquellas personas que son inmaduros, normalmente solteros o separados, con una posición en la sociedad muy por debajo de sus expectativas y dependiendo económicamente de la persona mayor. Son los que menos asumen la responsabilidad del maltrato.

En resumen, son varias las características de las posibles víctimas y de los posibles agresores que dan como resultado un perfil determinado de ambos. De cara a su detección y posterior abordaje es necesario conocerlos, al igual que es también importante el conocimiento de los factores de riesgo. Tener todo ello presente en el quehacer profesional va a permitir “mirar” con la lente del maltrato e ir avanzando en las buenas prácticas profesionales.

## **1.7. PROTECCIÓN JURÍDICA Y SOCIAL**

El Maltrato a las Personas Mayores constituye un delito que es cometido o se ve favorecido por la especial condición de la víctima, entendida como persona incapaz o especialmente vulnerable por razón de edad. Sin embargo, en la actualidad no existe una legislación específica que proteja el MPM (De Miguel, 2011), ni una fiscalía como ocurre con la violencia de género, sino que la normativa está disgregada entre diversos órdenes jurídicos (Ley Enjuiciamiento Criminal, Código Penal, Código Civil, Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, etc.). Aun así, la Constitución Española (1978), aunque no de forma explícita, está impregnada y recoge en su articulado la necesidad de protección de las personas mayores.

Desde la perspectiva jurídica, Martínez-Maroto (2005) define el maltrato como “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea

éste familiar o de otro tipo” (p. 5). A tenor de esta definición, en la que el MPM puede constituir un delito o una falta, existen en nuestro ordenamiento jurídico una serie de medidas cautelares de protección de las víctimas que, aunque no se regulan estrictamente en el Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre), si se hace en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, al remitirse ésta al Código Penal por ser la norma donde aparecen la mayor parte de las medidas que se pueden adoptar. Así pues es a lo largo del articulado del Código Penal donde se recogen las acciones punibles constitutivas de delito o de falta que constituyen los malos tratos, bien sean físicos, psicológicos, sexuales o económicos. La diferencia entre delito y falta la realiza el juez en función de la gravedad de las presuntas acciones u omisiones o del número de asistencias médicas necesarias para curar las lesiones, de tal manera que, si para la curación de las mismas es suficiente con una única asistencia médica, las lesiones serán constitutivas de falta y no de delito. En el maltrato físico o psicológico será el tiempo que tardan en curar las lesiones lo que determine si es un delito o una falta, mientras que en el maltrato económico será la cuantía sustraída. Aunque, en un principio, va a depender del criterio de cada juez, es preciso señalar cómo cada vez los jueces están más sensibilizados con el MPM y, aunque no exista una fiscalía específica, es la Fiscalía General de Violencia contra la Mujer quién más está visibilizando este problema con sus denuncias e implicando a aquellas instituciones que, en principio, deben ser las responsables de proteger a las víctimas. Así consta en la memoria de la Fiscalía General del Estado del 2013, en el capítulo III: Fiscales Coordinadores y Delegados para materias específicas, apartado 1.2.5 que

hace referencia a la especial situación de vulnerabilidad de los mayores ante el maltrato, donde se recoge que las Fiscalías andaluzas de Violencia de Género aportan un ejemplo de buenas prácticas, según las cuales,

Sin perjuicio de iniciarse las preceptivas diligencias de investigación penal de oficio por parte de la Fiscalía por presunto maltrato o abandono, se acude a las entidades públicas para dar cobertura institucional de forma rápida e inmediata a las víctimas. Ello permite el acceso a los recursos y servicios que la normativa reconoce a las personas mayores, siendo la Fiscalía un importante instrumento que ayuda a agilizar los ingresos asistenciales. (FGE, 2014, p.332)

Aunque socialmente se identifica el maltrato familiar con el maltrato de pareja, el juez ha extendido los supuestos del Art. 153 del Código Penal a los casos en que la víctima sea ascendiente del mismo o de su pareja, pero con la salvedad de que en estos casos es necesario que los ascendientes residan en la misma vivienda que el presunto maltratador, lo que hace que, a veces, no actúe la Fiscalía de oficio y el agresor pueda quedar impune ya que la víctima, en la inmensa mayoría de los casos, no presenta denuncia debido, entre otras cuestiones, a la dependencia emocional con el agresor o por “vergüenza” a estar siendo maltratada por un familiar allegado.

A continuación, en la tabla 6, se muestra la legislación vigente española aplicable a la situación de MPM en el contexto familiar, así como la relación de otras leyes que pueden ser también aplicables a la protección de las personas mayores:

Tabla 6. Legislación aplicable al MPM

Constitución Española	-Título Preliminar: Libertad e igualdad. -Título I: De los derechos y deberes fundamentales. - Sección 1ª: De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. - Sección 2ª: De los principios rectores de la política social y económica.	Art. 9 Art. 10 Art. 15, 17, 18 y 24 Art. 50
Ley Enjuiciamiento Criminal	- Libro II, Título I: De la denuncia	Art. 259 al 262
Código Penal	- Título III: De las lesiones - Título IV: De las agresiones sexuales - Título VI: De las detenciones ilegales y secuestro De las amenazas - Título IX: De la omisión del deber de socorro - Título XII: Del abandono familiar, menores e incapacitados - Título XIII: De los delitos contra el patrimonio y contra el orden socioeconómico: De los hurtos De los robos De la apropiación indebida	Art. 147, 148 y 153 Art. 178 Art. 163 Art. 169 Art. 195 y 196 Art. 226, 229 y 230 Art. 234 y 235 Art. 237 Art. 252
Código Civil (Real Decreto de 14 de Julio de 1889)	Título VI: De los alimentos entre parientes Título IX: De la incapacitación Título X: De la tutela: Art. 222, 223, 269 y 270 Título X: Del ejercicio de la tutela	Art. 142 al 153 Art. 199 y 200 Art. 222 y 223 Art. 269 al 271
Otras Leyes	-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. -Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. -Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.	



	<p>-Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.</p> <p>-Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.</p> <p>-Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía.</p> <p>-Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección de Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Como se acaba de ver, la normativa es suficientemente amplia como para proteger a las víctimas y que el agresor no quede impune.

Respecto a la protección social no existe hoy día un protocolo de actuación consensuado a nivel nacional, autonómico o provincial, que permita la intervención homogénea y protocolizada ante un caso de MPM. Lo que sí se tiene claro, en los diferentes ámbitos desde los que se actúa, sanitario y social, es que la intervención del trabajador social es imprescindible, siendo éste el profesional que coordina toda la actuación.

El hecho de que no exista un protocolo consensuado, no significa que no se estén desarrollando mecanismos, instrumentos y recursos ante el MPM. En general, la detección e intervención ante un caso de posibles malos tratos se lleva a cabo desde los profesionales del ámbito sanitario y social, aunque en paralelo existen otros mecanismos institucionales para que cualquier persona pueda realizar una denuncia sobre una situación de maltrato. La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, a través de la Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familia, y

al amparo del Decreto 23/2004, de 3 de febrero por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores, pone en marcha un teléfono gratuito de Atención al Mayor (900 85 83 81). Dicho Decreto, establece como medidas de protección ante el MPM que,

Las personas o Entidades que tengan conocimiento de la situación de desasistencia o maltrato en que se encuentre una persona mayor, sin perjuicio de denunciar los hechos ante los órganos judiciales, podrán ponerlo en conocimiento de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales o de las Entidades Locales, mediante comparecencia ante las mismas, por escrito o por vía telefónica o electrónica (...) La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales establecerá un teléfono gratuito y específico para las denuncias de situaciones de maltrato y desasistencia a personas mayores (art. 7).

A partir de este mecanismo de protección, las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, en colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios y, en su caso, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, analizarán las circunstancias individuales, familiares y socioeconómicas de la persona mayor cuya desasistencia o maltrato se hubiera denunciado. De forma preferente, ante la verificación de una posible situación de maltrato, la administración autonómica se compromete a arbitrar las prestaciones y servicios de carácter comunitario o especializado que fuera conveniente asignar, dando prioridad a la concesión de los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y asistencia domiciliaria especializada. Asimismo establece que, en caso de que no fuera posible la permanencia de la persona mayor en su hogar, se le propondrá su ingreso en un centro residencial.

La cobertura ofrecida desde el Teléfono de Atención al Mayor, durante 24 horas del día en los 365 días del año, persigue poder detectar cualquier posible situación de riesgo de maltrato hacia las personas mayores, tanto en los ámbitos familiar y social, como institucional, a la vez que establecer los mecanismos de intervención que se estimen necesarios, facilitando asimismo la información específica sobre los recursos sociales que precise la persona usuaria. El funcionamiento del mismo supone la actuación coordinada de la Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familia y las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, de los Servicios Sociales de la Administración Local y, en su caso, el Ministerio Fiscal. Durante el año 2013, los datos recogidos señalan un total de 3.489 llamadas recibidas, de las que 1.203 (34%) fueron denuncias por presuntos malos tratos a personas mayores, y el resto, llamadas para solicitar algún tipo de información relacionada con este colectivo. De la muestra utilizada en el presente estudio, que se expone en el capítulo II, el 21,36% de los casos analizados han sido derivados por el Teléfono de Atención al Mayor, por lo que se considera un recurso importante de cara a la detección.

Por otro lado, la Orden de 1 de septiembre de 2003, pone en marcha un programa de orientación jurídica para las personas titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco en los Centros de día de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Éstos son centros de promoción del bienestar de las personas mayores que fomentan la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con

el medio social y la orientación jurídica que se ofrece consiste en un servicio gratuito, de atención personalizada, que tiene como finalidad resolver a las personas mayores las dudas de carácter jurídico que se les puedan plantear en el desarrollo de su vida cotidiana y en su relación con los demás.

Como mecanismo de protección general ante la violencia que también ha de ser considerado un recurso específico ante el MPM, en el año 1998 se crea el Servicio de Asistencia a Víctimas en Andalucía (SAVA), como resultado de la promulgación de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual. Este servicio es posteriormente regulado en el año 2011, mediante el Decreto 375/2011 de 30 diciembre. En el mismo, en su artículo 3, se contempla como objetivo general el “prestar una atención integral y coordinada a los problemas padecidos por las víctimas como consecuencia de su victimización y dar respuesta a las necesidades específicas de mujeres y hombres, en los ámbitos jurídico, psicológico y social, mediante la intervención interdisciplinar de su Equipo Técnico” y como objetivos específicos, entre otros, “prevenir todas las formas de victimización, promoviendo y difundiendo medidas dirigidas a la sociedad en general y a determinados colectivos sociales especialmente vulnerables, que puedan contribuir a eliminarla o reducirla”. El SAVA es un servicio público de ámbito andaluz, universal y gratuito, integrado por recursos, funciones y actividades llevadas a cabo desde equipos interdisciplinares. Este servicio acompaña, asesora y apoya a las víctimas desde el principio del proceso judicial en el que se ven inmersos; va desde la denuncia, asistencia letrada y

acusación particular en los procedimientos penales, hasta la solicitud de medidas de protección, recursos y ejecución de la sentencia. Igualmente se lleva a cabo una intervención psicosocial mediante apoyo, asesoramiento y acompañamiento en todo el proceso, tanto individual como grupal, así como asesoramiento a las familias cuando lo requiera el caso. Entre las actividades a desempeñar, se contempla la coordinación y colaboración con las instancias policiales, judiciales, sanitarias y sociales. Durante el año 2013, fueron atendidas 1.572 personas en la provincia de Málaga.

En el ámbito sanitario no existe un protocolo específico para personas mayores consensuado a nivel nacional o regional. Sin embargo, en Málaga se ha desarrollado un protocolo específico en el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, ante los casos en los que se detectan “ancianos sin cuidados básicos”, aplicándose para el resto de posibles casos de maltrato el protocolo de violencia de género. En ambos casos, ancianos sin cuidados básicos o víctimas de maltrato, la situación detectada siempre es derivada al trabajador social para su estudio, valoración y abordaje, siendo, además, el profesional que coordina y realiza el seguimiento del mismo, a la vez que el responsable de la custodia de los partes médicos y de los informes sociales emitidos, en cada uno de los centros de salud. Cuando se considera necesaria la derivación a otras instituciones por la gravedad del caso, se lleva a cabo la misma a través del Distrito Sanitario, siendo la Coordinadora de la Unidad de Atención Sociosanitaria (UASS) la receptora de los partes médicos y/o informes sociales y la encargada de derivarlos a las instituciones pertinentes (Fiscalía, Juzgado nº 11, Delegación de Igualdad,

Salud y Políticas Sociales, Servicios Sociales Comunitarios). En todo este proceso, la coordinación con las instituciones implicadas, siempre es realizada por el trabajador social del centro de salud correspondiente, quién se erige en el interlocutor válido.

Por último, también desde los Servicios Sociales Comunitarios (SSC) existen pautas y mecanismos de actuación profesional ante la sospecha o detección de un MPM, ante los que se realiza una intervención rápida e inmediata, de forma planificada y coordinada, al ser considerada una situación de emergencia y urgencia social. Aunque no existe un protocolo por escrito, la actuación queda recogida en el Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), que es la aplicación informática que desarrolla la ficha social, existente en todos los Centros de Servicios Sociales. En su catálogo de valoraciones, concretamente en las valoraciones recogidas en el Grupo 2 que hace referencia a las “necesidades sociales relacionadas con una adecuada convivencia” se recoge una serie códigos relativos a la convivencia familiar: desajustes convivenciales, malos tratos, limitaciones en la autonomía personal o problemas de soledad. Cuando se está ante un posible caso de maltrato, es en este Grupo 2 donde se debe recoger la información, registrando aquellos códigos más relacionados con el MPM (del código 201011 al 201034; del 203011 al 203034 y del 203061 al 203064), lo que aporta en cierta medida protocolización ante esta actuación. Ha sido a través del SIUSS y de sus códigos correspondientes, dónde se han identificado los casos existentes de MPM y se ha obtenido la información para la realización del presente estudio.

En paralelo al sistema de registro de la intervención, las pautas de actuación a desarrollar desde los SSC ante una sospecha o detección de un caso de MPM, implica en primer lugar la realización de una evaluación inicial utilizando la información existente y recabando toda aquella complementaria que se estime necesaria (sanitaria, vecinal, etc.) y que va a generar las posteriores intervenciones. Si en esta evaluación se detecta la existencia del mismo y se considera la situación como grave, se procede a su puesta en conocimiento de la autoridad judicial, Juzgado de Primera Instancia nº 11 o Fiscalía Provincial de Málaga, solicitando medidas cautelares provisionales con el fin de proceder a su protección. Las medidas cautelares van encaminadas tanto a obtener un alojamiento alternativo como a su protección, por lo que se suele solicitar la intervención de la Fundación Malagueña de Tutela, sin menoscabo en la continuidad del caso desde los SSC con la familia, cuando sea posible y necesario.

En caso de necesitar la víctima un ingreso involuntario o padecer deterioro cognitivo debe ser el Juez quién autorice su ingreso. La coordinación con las instituciones mencionadas es continua. Si el caso requiere de un alojamiento alternativo urgente, se deriva al Centro de Acogida Municipal (CAM), que es un servicio social especializado, con competencia para ello. En caso de ser personas desamparadas, se deriva al Juzgado nº 11 y se solicitan medidas cautelares de protección de la persona y de sus bienes, asumiendo la tutela, la mayoría de las veces, la Fundación Malagueña de Tutela. Asimismo, se solicita de urgencia una averiguación de su patrimonio, para en caso de necesitar ingresar en residencia y no

disponer aún de una plaza en una pública, proceder al ingreso en plaza privada cuando la persona disponga de recursos económicos, si no se solicita ayuda económica para residencia por emergencia social. A su vez se solicita, en caso de carecer de él, el reconocimiento del grado de dependencia, por vía urgente, para tener derecho a las prestaciones y/o servicios que la Ley contempla y, a posteriori solicitar el ingreso en residencia pública si se considera oportuno. Si la víctima es válida y necesita salir del domicilio, hasta que tenga plaza en una residencia estará en el Centro de Acogida Municipal. Una vez finalizada la intervención, tanto de los SSC como del CAM, se informa al Juzgado nº 11 sobre dónde se encuentra la víctima y todas las intervenciones que se hayan realizado. La intervención desde los Servicios Sociales ante un caso de maltrato a un mayor, se diferencia de las demás por el criterio de urgencia.

Para concluir decir que en España, aun no de forma específica, nos encontramos con diferentes instituciones, recursos y una amplia normativa dirigidas hacia la protección de las personas mayores víctimas de maltrato. Es especialmente relevante la referencia constitucional que en el artículo 50 establece que *“los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”* (C.E., 1978, p. 29320). Junto a este compromiso constitucional, cabe destacar de igual forma el artículo 262 de la Ley de



Enjuiciamiento Criminal en el que se recoge que “*los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante* (p. 42)”. La visibilización del MPM, su denuncia aún en caso de sospecha, y la prevención, compete a todos y todas.



## **SEGUNDA PARTE. Estudio empírico**



## II.1. PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

### *Delimitación de la investigación*

La presente investigación, de carácter descriptivo, se centra en el análisis del Maltrato a las Personas Mayores (MPM) en la ciudad de Málaga. Los datos se han obtenido a partir de los casos detectados por los trabajadores sociales de los centros de servicios sociales comunitarios de Málaga, a través del análisis de la historia social recogida en los expedientes individuales-familiares de los que disponen dichos centros. Para ello, en primer lugar, se solicitó autorización a la Directora General del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento Málaga, en base a la existencia de un Convenio de Colaboración entre la Universidad de Málaga y el Observatorio Municipal para la Inclusión Social, entre cuyos objetivos se encuentra la colaboración en investigaciones que se realicen en el ámbito de los Servicios Sociales y que puedan ser de interés para ambos. Así mismo se explicaba la necesidad de poder acceder y consultar los datos del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (S.I.U.S.S.), registrados por los trabajadores sociales de dichos centros, salvaguardando el anonimato de los datos que se faciliten, así como la confidencialidad de las personas usuarias.

### *Objetivos de la investigación*

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, una de las formas de violencia que permanece más oculta y más desconocida es la sufrida por las personas mayores. Dado el incremento en la esperanza de vida e igualmente de la población mayor, es probable que el MPM aumente en los próximos años, por lo que se está ante un problema social y de salud bastante importante y sobre el que es necesario seguir investigando. Es por ello que se ha llevado a cabo la presente investigación para contribuir al conocimiento del mismo.

Los objetivos de la misma son los siguientes:

#### Objetivo general:

Describir la situación de los malos tratos a personas mayores en el ámbito familiar en Málaga, según los casos detectados y recogido por los Trabajadores Sociales de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios en el periodo 2003-Junio 2013, para tener mayor información y conocimiento sobre el mismo y que sirva de ayuda en la intervención profesional.

#### Objetivos específicos:

Cuantificar la magnitud del problema de los malos tratos a las personas mayores detectados en los centros de servicios sociales comunitarios en el periodo de diez años.

Describir las características sociodemográficas de la población mayor que ha sufrido maltrato.

Identificar el perfil de las víctimas y de los agresores.

Conocer los diferentes tipos de malos tratos acontecidos.

Ahondar en las relaciones de parentesco entre víctimas y agresores.

Determinar los factores de riesgo asociados, tanto de la víctima como del agresor, que hayan desencadenado la conducta violenta.

Conocer las pautas de actuación e intervención profesional de los Trabajadores Sociales ante un caso de maltrato.

Conocer la existencia de los posibles recursos sociales, sanitarios y jurídicos que sean susceptibles de aplicar ante un caso de maltrato a mayores, de cara a su protección, detección y/o prevención.

### *Método*

Para la presente investigación se han identificado 260 casos de maltrato a personas mayores de 65 años, producidos en el ámbito familiar y detectados por los trabajadores sociales de los centros de servicios sociales de la ciudad de Málaga durante el periodo analizado, año 2003-junio 2013. Finalmente los casos han sido 220 debido a que de los 40 restantes no ha sido posible obtener datos.

Para la selección de los casos se contó con la colaboración del Observatorio Municipal para la Inclusión Social del Ayuntamiento de Málaga, desde donde se ha facilitado la relación de expedientes SIUSS

susceptibles de estudio. Éstos se han obtenido filtrando el grupo 2: “necesidad relacionada con adecuada convivencia” (del ítem 201011 al 205027) del Catálogo de Valoraciones SIUSS de Necesidades Sociales.

De los once centros de servicios sociales, correspondientes a cada una de las once Juntas de Distrito Municipal, únicamente en una de ellas, Churriana, no consta ningún caso de MPM en el periodo de tiempo seleccionado. La distribución de los casos se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Número de casos analizados, por distritos municipales.

DISTRITO MUNICIPAL	Nº CASOS	%
Nº 1 Centro	64	29,09
Nº 2 El Palo	2	0,9
Nº 3 Ciudad Jardín	15	6,8
Nº 4 Bailén-Miraflores	68	30,9
Nº 5 Palma-Palmilla	2	0,9
Nº 6 Cruz Humilladero	21	9,5
Nº 7 Carretera Cádiz	33	15
Nº 9 Campanillas	5	2,2
Nº 10 Puerto Torre	8	3,6
Nº 11 Teatinos-Universidad	2	0,9
TOTAL	220	100

Fuente: Elaboración propia.

De los 220 casos, el 29,1% son hombres y el 70,9% mujeres. Respecto al estado civil el 49,3% son viudos/as, el 22,8% casados/as o viviendo en



pareja, el 20,5% solteros/as y el 7% viudos/as o separados/as. En cuanto a la edad el 63,2% son personas mayores de 80 y el 36,8% menores de 80 años.

## Procedimiento

Una vez identificados los casos por parte del Observatorio, desde allí se procede a informar a los directores de los distintos centros de la visita que va a realizar la investigadora para la obtención de los datos, de forma que se le facilite el acceso a los expedientes, que previamente se han seleccionado, y poder proceder a fotocopiarlos para su posterior estudio. Las visitas a los centros para la recogida de los datos tuvo lugar entre los meses de Junio, Julio y principios de Agosto del año 2013. Los expedientes fueron fotocopados en el mismo centro y posteriormente fueron escaneadas para facilitar el trabajo de codificación.

Para el análisis de los 220 casos se ha utilizado el análisis de contenido que permite leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos escritos (Ruiz, 2012); así pues, del texto original (cada uno de los expedientes) se extrae información, a través de la lectura, para someterla posteriormente a un análisis e interpretar los resultados obtenidos. El programa informático utilizado para el análisis de contenido ha sido el Atlas.ti, versión 7.1, ya que permite la construcción de una base de datos con texto, por lo que cada uno de los expedientes ha sido fotocopado y posteriormente escaneado para ser utilizado en dicho programa como documento primario. Este programa permite recuperar la información

fácilmente a la vez que exportar los datos al paquete estadístico SPSS, que ha sido el que se ha utilizado para el análisis estadístico, concretamente la versión 21. Para la realización del análisis previamente se ha desarrollado un sistema de categorías específico tanto para la víctima como para el agresor. Se ha procedido a la definición de cada una de las diferentes categorías y se han enumerado para facilitar su posterior codificación. A continuación se exponen ambos sistemas de categorías, así como diferentes imágenes ilustrando el proceso de codificación de las mismas en los diferentes expedientes.

### Categorías asociadas a la víctima

#### Derivaciones a:

Hace referencia a aquellas derivaciones que realizan los Trabajadores Sociales a otras instituciones con el objetivo de explicar la situación y realicen una posible intervención: (1.1) Órganos Judiciales (Fiscalía, Juzgado 1ª Instancia, Juzgado nº 11, Juzgado violencia género), (1.2) Delegación Provincial de Salud, Igualdad y Política Social (hace referencia a la delegación que haya sido la encargada y responsable de todos los temas relacionados con la provisión de servicios y prestaciones sociales), (1.3) Centro Salud, (1.4) Hospital, (1.5) Área Bienestar Social del Ayuntamiento, (1.6) Área Salubridad Ayuntamiento (incluida medio ambiente y sanidad), (1.7) Centro Municipal Acogida 3ª Edad, (1.8) Servicio Valoración

Dependencia, (1.9) Comedor Santo Domingo, (1.10) Caritas, (1.11) Cruz Roja, (1.12) Otros.

**SITUACIÓN ECONÓMICA:** Los ingresos de la unidad familiar proceden de la única pensión de Andrés.

**DIAGNOSTICO SOCIAL** Matrimonio dependiente para la realización de las tareas básicas de autocuidado personal. Ella con dependencia absoluta y él con grandes limitaciones. El hijo conviviente no es capaz de mantener un nivel adecuado de higiene en el hogar por lo que necesitan de apoyo externo.

**PRONÓSTICO:** a medio plazo se prevé que de solicitar la valoración del grado de dependencia, Carmen obtendrá recursos específicos para su cuidado personal.

**PROPUESTA A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO:** Se propone mantener el servicio doméstico hasta que sea valorada la nueva situación tras la aplicación de la ley de autonomía personal y atención a las dependencias.  
Málaga a 11 de junio de 2007  
Trabajadora Social

## 6- SITUACIÓN PROBLEMA

De la situación tenemos conocimiento a través de la auxiliar de hogar que tiene concedida del Ayuntamiento como apoyo del servicio de ayuda a domicilio. Esta nos comenta que Ana se ha caído en varias ocasiones y que no quiere ir al médico ni al hospital por no dejar a sus perros solos, a pesar de las reiteradas ocasiones en que se lo recomiendan los médicos de urgencia que la fueron a visitar. Finalmente se consigue tras prometerle que sus perros van a estar bien en un centro que acceda a ir al Hospital Carlos Haya al comprobar la rotura del hueso de una pierna. Actualmente está en la Clínica del Pilar. Hemos conseguido que nos firmara un documento en el que nos autoriza a limpiar su vivienda, pero finalmente su sobrina nieta nos confirma que no quiere que se le retiren los muebles de la pared, ni se toque la comida ni se ordene la ropa... condiciones todas imprescindibles para una desinfección y desinfectación adecuadas. La visita realizada el 25-9 (la trabajadora social que suscribe y Pedro como responsable de la fumigación) para la comprobación de la situación fue posible por tener la autorización de Ana y acceder a la misma porque nos abrió la puerta la vecina. Los perros se encuentran custodiados en el parque municipal zoonosanitario. Resumiendo, la vivienda precisa una limpieza en profundidad debido al riesgo sanitario que la situación implica y la negativa de la señora a reconocer el problema y a colaborar en la resolución del mismo.

## 8- PROPUESTA

Nuestra primera iniciativa era informar directamente al juez para que tomara las medidas legales oportunas, pero habiendo contactado con el departamento jurídico municipal nos piden que informemos inicialmente al área de sanidad. Este área debería enviar a un inspector y realizar un informe de insalubridad si así lo considera a fin de que posteriormente se remita al juez para que dicte y adopte las medidas que correspondan. Dado que la propuesta nos parece acertada, la realizamos mediante la presente.

## 2. Derivaciones de:

Cuando el conocimiento del caso se ha iniciado como consecuencia de haber venido derivado de otras instituciones. Igualmente se incluye “notificación de demanda”. Si son derivaciones que se realizan a lo largo de todo el proceso y seguimiento del caso, se considerarán coordinaciones: (2.1) Asociación Vecinos (incluido bloque donde está la vivienda), (2.2) Hospital, (2.3) Centro Salud, (2.4) Teléfono Atención al Mayor, (2.5) Fuerzas de Seguridad del Estado, (2.6) Área Medio Ambiente y Salubridad Municipal, (2.7) Otros

### 2. INTERVENCIÓN SOCIAL.

La intervención social realizada desde este Centro de Servicios Sociales se inicia a partir de una notificación de demanda formulada de forma anónima en este Centro. Tras girar visita en noviembre de 2011 y hablar con un vecino del inmueble se detecta una posible situación de insalubridad por acumulación moderada de objetos (lo poco que se pudo ver desde la puerta de la vivienda a medio abrir). Según el testimonio de uno de los vecinos del edificio se concluye que los episodios de presencia de insectos se repiten periódicamente lo que les obliga a mantener puertas y ventanas cerradas y desinsectar.

## 3. Coordinación con:

Se contempla cuando, para una mejor intervención profesional, se ha requerido de la coordinación y toma de contacto con profesionales de otras instituciones: (3.1) Hospital, (3.2) Centro Salud, (3.3) Delegación Provincial de la Consejería de Salud, Igualdad y Política Social, (3.4) Centro Municipal Acogida 3ª Edad, (3.5) Órganos Judiciales (incluido Juzgados y Fiscalía), (3.6) Fundación Malagueña de Tutela, (3.7) Teléfono Atención al Mayor, (3.8) Consulados, (3.9) Gerencia Municipal Urbanismo, (3.10)

Caritas, (3.11) Cruz Roja, (3.12) Centros Residenciales (públicos o privados), (3.13) Parcemasa, (3.14) Otros.

Con fecha 16/5/2007 hablo con José y dice que no tiene dinero, que los vecinos le dan comida. Le acompaño al banco, lleva la ropa rota y sucia, no se acuerda de los nombres de sus hijos y repite las mismas preguntas varias veces. Aunque ya tiene su pensión íntegra, cada vez que hablamos con él nos dice que no tiene dinero porque "su hija se lo quita".

El 7/6/2007 la enfermera Raquel me comenta que el día de las elecciones lo encontró en la cola para votar pensando que era el Centro de Salud y que lo veía muy desorientado. Hablo con Trini, su enfermera y realizamos visita domiciliaria. Nos dice que no se encuentra bien, se le ve aturdido. Tiene las persianas casi bajadas y no hay luz en la cocina, a penas se ve. Tiene el frigorífico desenchufado y la insulina junto a restos de comida putrefacta dentro. En la encimera de la cocina y la mesa del salón hay recipientes con restos de comida, tetra bricks y vasos de yogurt. Hay ropa por todas partes. Le hacemos referencia al olor insoportable y nos dice que él no huele nada.

**EVALUACIÓN GLOBAL DEL CASO TRABAJADORA SOCIAL**

*Situación de abandono, desprotección y  
falta de alimentación.  
Urgencia de concesión de comida a  
domicilio*

**4. Intervención Fuerzas Seguridad:**

Siempre que se haya requerido la intervención de las fuerzas de seguridad por llamadas realizadas a las mismas por algún familiar o vecino,

ya sea motivada por comportamientos violentos o por necesidad de acudir a la vivienda para observación e inspección del estado de higiene, habitabilidad o salubridad de la misma. (4.1) Si, (4.2) No

Que esta unidad se presentó en la c/ comprobando que en dicho domicilio vive Concepcion t , nacida el 31/05/1931, hija de Luis y Concepcion, que no ha sufrido ninguna lesión, y que al parecer sufre algo de demencia senil y en lamentable estado de abandono.

Que el domicilio no reúne las condiciones higienico sanitarias ya que hay malos olores de la cual se quejan los vecionos, y los cuales tienen gran temor ya que en las condiciones que se encuentra esta persona se pueda producir un incendio en la vivienda.

Que nos comentan los vecinos que al parecer tiene dos hijos los cuales no se encuentran bien en sus facultades mentales y no se pueden hacer cargo de esta persona.

Que se solicita la asistencia e inspeccion por parte de los servicios sociales de Ayuntamiento de Málaga con el fin de atender en la medida de lo posible a esta señora.

#### 5. Solicitud de reconocimiento del grado dependencia:

Cuando haya constancia en el expediente de que se ha solicitado el reconocimiento de dependencia, con independencia de que se haya o no reconocido: (5.1) Si, (5.2) No.

- 15/06/08 → Derivación Centro Salud por falta de seguimiento sanitario y presentar problemas de riesgo para su salud
- 23/06/08 → Informes tanto a Fiscalía Civil de la Audiencia como a Juzgado de 1ª instancia nº 11 → Orden ingreso involuntario en RPE
- 23/06/08 → Informe a Fiscalía Malos Tratos (negligencia por falta de cuidados y situación de insalubridad de la vivienda).
- 23/06/08 → Solicitud de ingreso temporal en Centro 3ª Edad Municipal.
- 23/06/08 → Solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y petición de priorización en la valoración mediante informe social por situación de alto riesgo social. (AUN SIN VALORAR).

## 6. Se ha reconocido grado dependencia

(6.1) Si, (6.2) No.

## 7. Grado reconocido

Si es que consta en el expediente el grado de dependencia que se le ha reconocido a la víctima, o en caso de empeoramiento de su estado de salud se solicita una revisión del mismo: (7.1) Grado 1, (7.2) Grado 2, (7.3) Grado 3, (7.4) Se solicita revisión de grado por agravamiento, (7.5) Nuevo grado reconocido.



13/07/09	R.S.	Acude una tía de Riquel para informarse sobre Dependencia. Informo y entrego 3 solicitudes: matrimonio e hijos.
03-12-09	x	Resolución de reconocimiento de la situación de dependencia a favor de Gracia LT Nivel 1.

## 8. Víctima dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Se considera dependiente cuando necesita de la ayuda de una tercera persona para poder realizar las actividades más básicas, tales como asearse, vestirse, deambular, comprar y elaborar de alimentos, cuidados del hogar, etc.: (8.1) Si, (8.2) No

## 9. Motivo de la dependencia para las ABVD

(9.1) Incapacidad física (limitada para poder desplazarse o limitación de movimientos debido a la edad), (9.2) Deterioro cognitivo (se incluye demencia senil, alzheimer...).



Expongo mis necesidades y las explico de la siguiente manera:

Que, teniendo a mi madre en una cama donde se le tiene que ~~todo~~ hacer todo, tanto como darle de comer, limpiarla, cambiársela de pañales, etc. y que con la medicación que toma se hace sus necesidades siempre y mucho durante la mañana y medio día.

Es por lo que SOLICITA:

que se le haga un cambio de horario para la ayuda a domicilio, puesto que ~~que~~ que tiene no la ayuda en nada, ni es la más conveniente para ella, el cambio que solicito es de 9 a 14 y de 14 a 20.

Málaga, a 11 de Septiembre de 2012

Ex la solicitante

## 10. Víctima presenta problemas de salud mental

Cuando padece alguna enfermedad mental (psiquiátrica) y está diagnosticada. O bien no se ha diagnosticado debido a que la propia enfermedad le hace no ser consciente del problema y se niega a acudir a un centro sanitario, pero hay en el expediente algún informe donde se hace constar la sospecha de existencia de la misma: (10.1) Si, (10.2) No.

En entrevistas mantenidas con sus vecinas, nos informan que:

- Su aspecto físico está muy deteriorado. Ha perdido mucho peso, no se asea, muestra unas largas barbas, no se peina y suele salir a la calle mal vestido.
- Desconoce el día o el mes en el que nos encontramos, incluso la hora del día, pudiendo almorzar a las siete de la tarde.
- Durante un tiempo, realizó numerosos cambios de llave de su puerta pues está convencido de que quieren entrar a robarle.
- Suele mantener una conversación con alguien que ve en la pared.
- Ha realizado numerosas llamadas a la Policía donde manifiesta que “van a entrar en mi casa”, “ van a bombardear”, “hay que irse al refugio”.

## 11. Sospecha de Síndrome de Diógenes

Existencia de gran acumulo de utensilios inservibles, de papeles o de basura en el domicilio y que ponen en peligro la integridad física de la víctima: (11) Si.

Vivienda antigua en propiedad, de 2 plantas.

Tiene malas condiciones de habitabilidad y un evidente estado de insalubridad, lo que posteriormente es corroborado por el Servicio Municipal de Sanidad.

#### **5.- ACTUACIONES REALIZADAS DESDE ESTE EQUIPO.**

Con fecha 28 de Marzo de 2006, y tras Notificación de Demanda realizada por parte de una conocida de José y Josefa, el 24 de Marzo de 2006 se realiza Visita a su domicilio. Se puede detectar un posible caso de diógenes, al observarse en la vivienda y ser muy patente, la existencia de bastante suciedad y cúmulo de objetos inservibles.

Ese mismo día, y vía fax, se informa al Servicio Municipal de Sanidad de este caso, para que desde allí realicen también valoración sobre la posible insalubridad o no de la vivienda.

En llamada telefónica mantenida el 21/04/2006, nos comunican que realizaron Visita Domiciliaria, y que pudieron corroborar problemas de insalubridad en la vivienda, así como que se estaba hablando de un caso de diógenes. También nos comentan, como el matrimonio manifiesta su conformidad y consentimiento, en que se realice la limpieza del hogar.

## 12. Existencia de denuncia

Cuando la víctima o cualquier persona de su entorno haya presentado una denuncia en el Juzgado o ante las Fuerzas de Seguridad del Estado: (12.1) Si, (12.2) No.

Que todos estos hechos lo han puesto en conocimiento de la asistencia social, la cual ha visitado la casa de su madre y ha podido comprobar tales hechos. Que ante tal situación la asistencia le ha dicho que le va a buscar una residencia en una semana para poder sacar de la casa a su madre y le ha dicho que interpusiera la denuncia, ya que si no la ponía la dicente le iba a poner la asistente social, la cual se llama.

Que su madre no puede acudir a poner esta denuncia ya que no se encuentra bien, ni bien ni física ni mentalmente, aunque su madre expresa temor ante su nuera y no quiere entrar en su casa desde hace dos días.

Que la denunciada es una persona agresiva y violenta, que la dicente ha intentado hablar con la misma pero dice que todo lo que dice su madre es mentira.

### 13. Existencia de denuncias previas

Siempre que se haya presentado denuncia en más de una ocasión y así conste en el expediente: (13.1) Si, (13.2) No.

### 14. Se ha retirado la denuncia

Cuando la víctima ha procedido a la retirada de la denuncia: (14.1) Si, (14.2) No.

### 15. Se ha celebrado juicio y se ha impuesto pena

Cuando el juez dictamina cualquier pena para el agresor: (15.1) Imposición de multa, (14.2) Orden de alejamiento, (15.3) Otras.

**Debo absolver y absuelvo a** \_\_\_\_\_ **del delito** de maltrato de que venía siendo acusado en el presente procedimiento y **DEBO CONDENARLE Y LE CONDENO** como autor responsable de un **delito contra la integridad moral del art. 173.1 del Código Penal**, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de 6 meses de prisión e inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena; y a la prohibición de comunicarse con Teresa por cualquier medio y de aproximarse a ella a una distancia inferior a 500 metros por tiempo de 1 año y 6 meses.

## 16. La víctima posee apoyo informal

Se considera apoyo informal cuando recibe algún tipo de ayuda para la realización de las ABVD no proveniente de prestaciones sociales ni de profesionales: (16.1) Familia, (16.2) Vecinos, (16.3) Amigos, (16.4) Otros

ES USUARIA DEL SAT. UNOS VECINOS INFORMAN AL SAT DEL ESTADO DE SOLEDAD Y ABANDONO EN QUE SE ENCUENTRA LA USUARIA. APENAS TIENE FAMILIA, SOLO ALGUNOS SOBRINOS. LOS VECINOS INFORMANTES SE ENCARGAN DE COMPRARLE COMIDA, PREPARÁRSELA, ASEARLA, EN DEFINITIVA, DE LOS CUIDADOS BÁSICOS QUE NECESITA. INFORMAN ADEMÁS QUE PILAR NO TIENE DINERO, YA QUE UNO DE LOS SOBRINOS LE HA QUITADO LA CARTILLA DEL BANCO DONDE LE INGRESAN LA PENSIÓN, POR LO QUE CARECE DE RECURSOS ECONOMICOS INCLUSO PARA COMPRAR LA COMIDA. SE LA COMPRAN LOS VECINOS POR SOLIDARIDAD O AMISTAD. SOLICITAN INTERVENCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.

## 17. Intervenciones/prestaciones municipales solicitadas

Se consideran aquellas prestaciones que se tramitan y/o conceden a través de los Servicios Sociales Comunitarios, incluidas las prestaciones básicas. No se incluyen las contempladas en la Ley Dependencia. (17.1) Servicio Ayuda Domicilio (SAD), (17.2) Teleasistencia, (17.3) Servicio comida a domicilio (Catering), (17.4) Centro Residencial, (17.5) Respiro Familiar, (17.6) Limpieza de choque, (17.7) Desinsectación (por acúmulo de insectos, cucarachas, animales...), (17.8) Ingreso involuntario (necesidad de ingresar en un centro residencial u hospitalario debido al estado en que se encuentra

la víctima, aún en contra de su voluntad y previa autorización judicial), (17.9) Incapacitación judicial (motivado por su deterioro cognitivo), (17.10) Tutorización de la Fundación Malagueña de Tutela, (17.11) Ayuda Económica no periódica (AENP) para: (17.11.1) Cobertura necesidades básicas, (17.11.2) Adquisición mobiliario básico, (17.11.3) Dentista, (17.11.4) Adquisición de ropa, (17.11.5) Adquisición de gafas, (17.11.6) Otros.

Los tres han sido víctimas de malos tratos físicos, vejaciones, insultos y abuso económico. Desde Servicios Sociales se ha informado de ello mediante Informe Social a Fiscalía Civil de la Audiencia y Fiscalía de Violencia de Género.

Ninguno de ellos tiene el Documento Nacional de Identidad debido a que lo han perdido y se están gestionando los trámites necesarios para su obtención.

Tienen limitaciones físicas para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, necesitan ayuda para:

- Aseo e higiene personal.
- Preparación de comidas.
- Realizar la compra de alimentos.
- Lavado y planchado de ropa.
- Limpieza cotidiana y general de la vivienda.
- Apoyo para la movilidad tanto dentro como fuera del hogar.
- Apoyo en situaciones de incontinencia.
- Control en la administración de medicamentos.
- Acompañamientos fuera del hogar para realizar diversas gestiones.

Ante dicha situación, desde Servicios Sociales se han gestionado diversas prestaciones:

- Ley de Dependencia.
- Servicio de Comida a Domicilio.
- Limpieza de Choqué.

Debido a la magnitud del caso, se contacta con el Área de Bienestar Social, y ante la imposibilidad de dar un alta inmediata en el servicio de ayuda a domicilio se propone la limpieza de choque cada 15 días

## 18. Prestaciones municipales concedidas

(18.1) Servicio Ayuda Domicilio (SAD), (18.2) Teleasistencia, (18.3) Servicio comida a domicilio (Catering), (18.4) Centro Residencial, (18.5) Respiro Familiar, (18.6) Limpieza de choque, (18.7) Desinsectación, (18.8) Ingreso involuntario, (18.9) Incapacitación judicial, (18.10) Tutorización de la Fundación Malagueña de Tutela, (18.11) Concesión AENP: (18.11.1) Una sola vez, (18.11.2) Dos veces, (18.11.3) más de dos veces.

Adjunto se remite resolución de la Delegada Provincial para la Igualdad y Bienestar Social en Málaga, de ingreso por urgencia social en la residencia para personas mayores de El Palo, correspondiente a D<sup>a</sup>.

Se solicita urientemente orden de ingreso involuntario de Dña en centro residencial ya que se ha obtenido plaza por urgencia social en Residencia De Mayores de El Palo, sito en C/ Camelia, nº 6, El Palo, Málaga. Así mismo se solicita colaboración de la policía local y ambulancia para el traslado.

## 19. Prestaciones/servicios solicitadas por la Ley de Dependencia

Son aquellas prestaciones o servicios contemplados en la Ley de Dependencia para aquellas personas que tengan reconocido algún grado de dependencia: (19.1) SAD, (19.2) Teleasistencia, (19.3) Centro de Día, (19.4) Centro Residencial, (19.5) Prestación económica vinculada al servicio, (19.6 Prestación) económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales



ILTMA.SKA.:

Se ha tenido conocimiento en esta Fiscalía de la actual situación a través del informe social adjunto la situación de alto riesgo, posible maltrato y desasistencia de  
dado que se ha intentado desde 31/3/04, sin ninguna respuesta a la petición, con sendos oficios de 11/5/04 y 2/9/04 por parte de esta Fiscalía, prorrogándose la situación límite por grave desasistencia Institucional. .

Ruego a V.I. se proceda al inminente ingreso de la misma en un centro asistencial adecuado a sus necesidades simplificando y dándole la máxima urgencia a su actuación conforme al art. 3, b del Decreto 23/04 de protección jurídica a las personas mayores, para que se de aplicación conforme al art. 9 de los deberes de asistencia e ingreso en Centro adecuado a sus necesidades.

Pongo en conocimiento de V.I. a los efectos ya referidos en el presente oficio rogando acuse de recibo dando cuenta a la presente Fiscalía de las razones que impidan o dificulten su admisión. Reiterándole además el grave riesgo social por el que atraviesa.

## 20. Prestaciones/servicios concedidas por la Ley de Dependencia

(20.1) SAD, (20.2) Teleasistencia, (20.3) Centro de Día, (20.4) Centro Residencial, (20.5) Prestación económica vinculada al servicio, (20.6) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Cristóbal y Remedios son usuarios del Centro de Servicios Sociales Bailén-Miraflores desde abril de 2004 y beneficiarios del Servicio de Ayuda a domicilio (SAD) desde Septiembre de 2005. Dicho servicio es para el aseo del hogar y personal, disfrutan de 5 días, 2 horas. Este servicio sigue en la actualidad para Remedios porque con la entrada vigor de la Ley de la dependencia se solicita para los dos. Ella solo obtiene un Grado I – Nivel I aplicable el recurso en el 2012 y Cristóbal obtiene un Grado III – Nivel I, concediéndole 70 horas de SAD al mes.

Con ambos servicios conseguimos que el matrimonio permanezca en su medio sociofamiliar y respetamos así sus deseos de no irse a ningún centro residencial.



## 21. Tipos de maltrato

(21.1) Físico: Uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico. Puede incluir: golpes, pellizcos, empujones, patadas, etc., (21.2) Psicológico: Acciones expresas verbales o no verbales. Incluye: uso de la coacción, insultos, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición..., (21.3) Económico: Hacer uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones... o bloqueo del acceso a los mismos. Incluye: cambio de testamento, desaparición de joya, de cartilla bancaria..., (21.4) Sexual: Realización de actos sexuales, sin consentimiento de la persona, empleando la fuerza, amenaza o aprovechándose del deterioro cognitivo del mayor, (21.5) Negligencia: Es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental. Se incluyen la administración incorrecta de medicamentos y la falta de cuidados médicos, (21.6) Abandono: Desamparo intencionado por parte de la persona que debe asumir la responsabilidad de proporcionarle cuidados. Incluido el desamparo y la desprotección, (21.7) Violación Derechos: Son aquellas acciones que suponen el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del mayor (negación en la toma de decisiones; aislamiento social de amigos, nietos; impedir el acceso a medios de comunicación etc), (21.8) Autonegligencia/abandono: es el propio comportamiento de la persona mayor el que amenaza su propia salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada

alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación, (21,9) Se desconoce: cuando no está identificado el tipo de maltrato.

<p>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:</p> <p>NOS LLAMA UNA SEÑORA Y NOS DICE QUE CARMEN VIVE EN SU CASA CON UNA CUIDADORA EXTRANJERA Y QUE ÉSTA SE HA TRAÍDO A TODA SU FAMILIA. LA PERSONA QUE NOS LLAMA TIENE UNA AMIGA QUE VIVE EN EL MISMO BLOQUE Y NOS CUENTA QUE HA OÍDO COMO CARMEN DICE TEXTUALMENTE: "NO, NO, NO ME PEGUES" Y LA HAN VISTO (LOS VECINOS) CON MORATONES. ADEMÁS CARMEN DICE QUE LA ENCIERRAN POR LAS NOCHES EN SU HABITACIÓN Y LA VECINA DICE QUE HA VISTO UN MUEBLE DELANTE DEL DORMITORIO DE CARMEN. AL PARECER LOS HIJOS ESTÁN INFORMADOS PERO NO HAN HECHO NADA. CARMEN SE PASA LAS NOCHES LLORANDO.</p>
---

Después de más de un año de intento de valoración, sin poder entrar en el domicilio, y apreciando que tanto su hijo Francisco (que vive en el domicilio), cómo su hija Isabel (que vive frente al domicilio), no colaboran, conseguimos desde los Servicios Sociales y centro de salud, acordar una entrevista con la nieta, para poder acceder a la vivienda.

En la entrevista, su nieta reconoce el estado lamentable en que se encuentra y nos avisa de la situación. Es el único miembro de la familia que nos abre el acceso. Y se muestra colaboradora, aunque le pese el reconocimiento de abandono en que se encuentra. Ella no cuenta con vivienda para poder hacerse cargo de su abuela, y la situación de riesgo que existe también le preocupa.

Al acceder a la vivienda (día 20 de Marzo), nos encontramos con una situación mucho peor que la imaginada. Se trata de una situación de abandono y riesgo extremo.

Con dificultad, (por las pésimas condiciones higiénicas) accedemos a la habitación donde se encuentra Mercedes acostada. Está sobre una cama y colchón lleno de suciedad, el techo roto, un ropero sin puertas, totalmente deteriorado y todo el suelo que rodea a la cama, así cómo el resto de la vivienda cubierto de suciedad, desechos y excrementos. Su perro, se mantiene debajo de su cama, ladrando constantemente.

En principio, no reconoce a su nieta, (parece que por problemas de visión), pero después se alegra por la visita y pide irse con ella.

## 22. Agredida por más de una persona

Cuando la víctima recibe maltrato de más de una persona: (22) Si.

En la valoración que hicimos en el Informe remitido desde este Centro de Servicios Sociales con anterioridad a Fiscalía de Menores ya valoramos que , abuela de Francisco y Efrén Domínguez Montosa estaba siendo víctima de malos tratos psicológicos por parte de sus nietos y de su hija, madre de éstos, María del , poniéndolo en conocimiento del poder judicial para que actuaran en consecuencia.

ACUDE MARIA CON UNA AMIGA Y VECINA, QUIERE ARREGLAR EL BAÑO, DERIVO A J.A, ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA, EDIFICIO NEGRO.INDICA QUE CONVIVE CON SUS DOS HIJOS, CON PROBLEMAS DE ADICCIONES Y QUE QUIERE INFORMARSE SOBRE LA POSIBILIDAD DE SAD, INDICO QUE HABRÁ QUE VALORAR POSIBLE LIMPIEZA DE CHOQUE, DADO QUE LA VECINA INDICA QUE LA VIVIENDA ESTÁ SUCIA PORQUE ELLA ES MUY MAYOR Y NO PUEDE LIMPIAR Y SUS HIJOS NO COLABORAN.INDICA QUE ES MADRE SOLTERA DE LOS DOS, SU HUO MAYOR YA TIENE 60 AÑOS.

### 23. Agredida en más de una ocasión

Cuando se tiene constancia de que no ha sido la única vez que se ha producido el maltrato: (23) Si.

ROSARIO CONVIVE CON SU HIJO Y SU NIETO, DE 17 AÑOS DE EDAD, QUE POR SUS DIFICULTADES ECONÓMICAS SE HAN IDO A VIVIR CON ELLA. EL NIETO LE AMENAZA, LE INSULTA, LE ROMPE EL MOBILIARIO DEL DOMICILIO Y LE EXTORSIONA PARA QUE LE DE DINERO. COMENTA QUE AUNQUE NO HA LLEGADO A AGREDIRLA A ELLA DIRECTAMENTE, ES MUY VIOLENTO, QUE LE DA MUCHOS DISGUSTOS Y QUE VIVE CONSTANTEMENTE ATEMORIZADA POR EL ÉSTA DIFICIL SITUACIÓN SE AGRAVA AL ESTAR ROSARIO CONVALECIENTE DE UNA INTERVENCIÓN DE MATRIZ, LO QUE PROVOCA QUE SE ENCUENTRE MUY DEBIL PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS FAMILIARES. INFORMA QUE HACE UNOS AÑOS DENUNCIÓ AL NIETO Y QUE ÉL TIENE UNA ORDEN DE ALEJAMIENTO QUE NO CUMPLE. NO QUIERE VOLVER A DENUNCIARLO PORQUE ÉSTE LE HA DICHO QUE SI LO HACE LE

### 24. Aislamiento social

Cuando la persona carece de una red de apoyo y unas nulas o pobres relaciones familiares o sociales y es verificado por el profesional constando así en su expediente: (24) Si.

Actualmente D<sup>a</sup> Luisa se encuentra totalmente incapacitada para realizar cualquier actividad básica de la vida diaria, necesitando la asistencia de una tercera persona en todo.

La atención que recibe es mala ya que no se le prestan adecuadamente los cuidados básicos (aspecto aseado, ropa en buen estado), no se le ejercita ni se le moviliza habitualmente, no se le da una alimentación adecuada ni se encuentra habitualmente acompañada si no es por su nieta. No disponen de conocimientos suficientes para cuidarla, presentan dificultades en la comprensión del proceso de dependencia que presenta la anciana y carecen de un compromiso estable en sus cuidados. La usuaria no tiene ningún tipo de relación socio comunitaria a pesar de tener vecinas a las que conoce desde siempre pero sus familiares no les facilitan la entrada.

Las condiciones de convivencia no son adecuadas ni tampoco las de salubridad y habitabilidad de la vivienda.

### *Categorías asociadas al agresor*

#### 25. Realiza trabajo remunerado

Cuando el agresor realiza un trabajo remunerado, bien sea por cuenta propia o ajena o en la economía sumergida: (25.1) Si, (25.2) No.

Antonio vuelve a preguntarme qué hago allí, tras volver a explicarlo comienza de nuevo a descalificar mi trabajo "nada más que pedis papeles pero luego no ayudáis en anda, yo estoy en paro, tengo que cuidar de mi madre, y ella me tiene la cabeza loca, todo el día hablando..." En ese momento su madre comienza a preguntarme y Antonio la manda a callar

#### 26. Depende económicamente de la víctima

Se considera a aquel que carece de ingresos, o éstos son insuficientes y depende para su subsistencia de los ingresos de la víctima: (26.1) Si, (26.2) No.

## Convive con la víctima

El agresor comparte la vivienda con la víctima: (27.1) Si, (27.2) No, (27.3) Convive con la víctima y otros familiares.

FRANCISCA TIENE UN HIJO ÚNICO QUE RESIDE EN EL RINCÓN. MANIFIESTA QUE LAS RELACIONES CON SU HIJO NO SON BUENAS, ÉSTE NO LE AYUDA EN NADA. DICE AGUSTÍN QUE EL HIJO DE FRANCISCA LLEVA UN ESTILO DE VIDA MUY BOHEMIO E INDEPENDIENTE Y QUE NO SE PUEDE CONTAR CON ÉL PARA NADA, MOTIVO POR EL CUAL CÁRITAS ESTÁ AYUDANDO EN LA MEDIDA DE SUS POSIBILIDADES.

## 28. Carece de vivienda propia

No tiene vivienda propia, o la tiene pero ante una separación matrimonial ha tenido que abandonar la misma: (28.1) Si carece de vivienda, (28.2) El agresor necesita la vivienda de la víctima para vivir, (28.3) El agresor se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima.

Que el domicilio era de su madre pero hace unos años lo escrituró a nombre de su hermano, aunque su madre conserva el usufructo de la vivienda.

Que la denunciada maltrata a la madre de la diciente de 94 años, que la misma padece alzheimer y pasa las mañanas en un Centro de día, pero desde unos días le tiene mucho miedo a su nuera y su hermano la lleva a casa de la denunciante por las tardes. Que la maltrata de palabra, insultandola diciendole gilipollas, vieja, loca. Que le pegado un pellizco en la brazo y un guantazo en la cabeza. Que su madre se siente asutada y no quiere estar junto a la denunciada.

## 29. Es el/la cuidador/a principal

Se considera a la persona que se encarga, casi en exclusiva, del cuidado de una persona dependiente. Esta atención es prestada por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada: (29.1) Si, (29.2) No.

Don Vicente tiene 87 años, es viudo. Padece la enfermedad de Alzheimer, diagnosticada aproximadamente en el año 2007.

Este señor tiene cinco hijos. Su hijo Vicente Luis se traslada a vivir con su padre, tras enviudar éste, en el año 2008, junto con su esposa, que trabaja como autónoma en una joyería, y el hijo de ambos.

Desde entonces, ha sido Vicente Luis, que no trabaja ni percibe prestación por desempleo, el que se ha venido haciendo cargo del cuidado y la atención de su padre,

### 30. Recibe apoyo de otros cuidadores familiares

Cuando el cuidador principal recibe algún tipo de apoyo de familiares:

(30.1) Si, (30.2) No.

### 31. Tiene apoyo formal

Es el realizado por profesionales. Se incluye el proveniente de las prestaciones sociales concedidas (SAD, Catering, Centro Día, etc.): (31.1) Si, (31.2) No.

Gloria y vaneesa- Se mantiene entrevista con la nieta de Beatriz, que expone la imposibilidad de que su abuela continúe residiendo sola en el domicilio, pesa mas de 130 kilos y permanece las 24 horas en un sillón. Los dos hijos se encuentran enfermos (la hija padece un trastorno bipolar y al hijo le acaban de diagnosticar cancer de lengua). No hay mas familiares que puedan atenderla. Además, la vecina que tienen contratada para atenderla les ha comunicado que dejara de hacerlo el proximo 1 de junio, por lo que la unica ayuda que tendra sera el SAD, 3 horas diarias de lunes a viernes. Se le plantean varias opciones: -que la trasladen a vivir con ellos- respiro familiar- ingreso privado en residencia Se le explica que el cambio de PIA debe ser consentido por la solicitante, que debe firmar el tramite de consulta y manifestar que quiere irse al centro residencial. Se le informa tambien de la ultima opcion que seria el ingreso involuntario. La nieta manifiesta que su abuela rechaza el respiro familiar porque no quiere tanto cambio. -Se la deriva a visitar varios centros privados acordes al presupuesto familiar, unos 1000 € mensuales, para que ingrese hasta que se resuelva la plaza publica. -Se la deriva al Juzgado de Instruccion numero 11 para que hable con el Juez sobre el posible ingreso involuntario, por si fuera necesario. Acordamos que llamara la semana que viene para informarnos sobre lo que manifieste su abuela, y en su caso, realizar la visita al domicilio para la revision de PIA.



### 32. Tiene apoyo informal

Es el prestado normalmente por personas de su red social y por el que no se percibe remuneración alguna. Se incluye amigos, vecinos, otros, siempre que no sean familiares: (32.1) Si, (32.2) No.

### 33. Se ha producido claudicación familiar

Cuando el cuidador está sobrecargado por los cuidados y se produce una incapacidad para poder ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades de la persona mayor a la que cuida: (33) Si.

MARÍA ES VIUDA Y TIENE RECONOCIDA UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE GRADO III, NIVEL 1.

MARÍA RESIDE EN SU DOMICILIO CON SU HUA Y CON SU NIETO.

MARÍA TIENE VARIOS HIJOS PERO LA ÚNICA PERSONA QUE SE HA VENIDO HACIENDO CARGO DE ELLA ES SU HIJA ROSA.

MARÍA HA SIDO PACIENTE DEL ANTIGUO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL HOSPITAL CIVIL DURANTE 12 AÑOS. TRAS LA REFORMA PSIQUIÁTRICA PASÓ A SER ATENDIDA POR UNA HERMANA SUYA Y MÁS TARDE POR SU HIJA ROSA.

MARÍA DEMANDA ATENCIÓN MÉDICA DE FORMA CONTINUA. CON FRECUENCIA SE ESCAPA DEL DOMICILIO Y SE VA A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y DEMANDA QUE LA ENCAMEN.

DURANTE LAS DISTINTAS VISITAS DOMICILIARIAS MARÍA PRESENTA UN ESTADO DE ALTERACIÓN Y AGITACIÓN DE FORMA PERMANENTE, CONFUSIÓN, VERBORREA, AGRESIVIDAD, IDEAS DELIRANTES.

MARÍA PRESENTA MAL OLOR CORPORAL DEBIDO A QUE SE NIEGA BAÑARSE O SER BAÑADA POR SU PROPIA HIJA. EN VARIAS OCASIONES MARÍA SE HA AUSENTADO DEL DOMICILIO Y HA TENIDO QUE LLEVARLA LA POLICÍA DE VUELTA A SU CASA.

SU HIJA ROSA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE DESBORDADA POR LA SITUACIÓN DE SU MADRE Y REFIERE QUE YA NO PUEDE SEGUIR ATENDIÉNDOLA. DESCRIBE LA SITUACIÓN COMO INSOSTENIBLE DEBIDO A LAS DIFICULTADES PARA PODER ATENDER A SU MADRE Y REFIERE QUE YA NO PUEDE SEGUIR CUIDANDO DE ELLA.

POR TODO LO EXPUESTO, DADO EL NIVEL DE CLAUDICACIÓN DE ROSA Y QUE ÉSTA YA NO PUEDE SEGUIR HACIENDO FRENTE A LOS CUIDADOS QUE REQUIERE SU MADRE, SE PROPONE PARA MARÍA, DE FORMA URGENTE, LA CONCESIÓN DE PLAZA EN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES ASISTIDAS.

### 34. Percibe alguna prestación económica

Cuando en el caso de que no realiza trabajo remunerado, SI percibe prestación económica de alguna institución pública: (34.1) Pensión No Contributiva (PNC), (34.2) Pensión Contributiva (Jubilación o Invalidez), (34.3) Subsidio de Desempleo, (34.4) Salario Social, Renta Básica de Inserción, Prestaciones para mayores 55 años, (34.5) Prestación económica por cuidador familiar, (34.6) Se desconoce.

-Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (dependencia) CONCEDIDO.

### 35. Consume tóxicos

Hace uso, con cierta frecuencia, de alcohol, heroína, hachis o cualquier otra droga de uso ilegal. Cuando en los expedientes únicamente aparece que es “drogadicto” pero no qué tipo de tóxico consume, se están refiriendo al uso de drogas ilegales: (35.1) Alcohol, (35.2) Drogas ilegales (heroína, hachis, cocaína), (35.3) El agresor necesita el dinero de la víctima para el consumo.

#### DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

PERSONA AFECTADA CONVIVE EN EL DOMICILIO CON SU HIJO CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO, Y MUY VIOLENTO. TIENE ORDEN DE ALEJAMIENTO, HAY CONTINUO MALTRATO PSICOLÓGICO A TODA LA FAMILIA, Y CONCRETAMENTE CON SU MADRE. LA SITUACIÓN ES MUY DIFÍCIL.



### 36. Tiene problemas de salud

Cuando queda recogido en su expediente algún tipo de enfermedad que pueda aumentar el riesgo de que se desencadene la agresión o el trato inadecuado: (36.1) Físicos, (36.2) Psicológicos/Psiquiátricos.

discapacidad psíquica de Doña María del Carmen, que no acude de forma habitual a Salud Mental del Distrito . Esta señora no tiene consciencia de que padece serios problemas psíquicos que requieren seguimiento especializado, culpabilizando siempre a sus hermanos, a las instituciones (trabajadores sociales, médicos, enfermeros ...) y a terceras personas de todos sus problemas ;

situación de dependencia total de Doña Carmen, de 80 años de edad, incapacitada en cama desde hace meses y que padece demencia. En la actualidad, la única cuidadora de esta señora es su hija María del Carmen.

### 37. Está en tratamiento psiquiátrico

(37.1) Si, (37.2) No, (37.3) Si, pero no lo sigue adecuadamente, (37.4) Se niega a ponerse en tratamiento.

Los padres están asustados y muy preocupados con la situación. Parece que ahora su hijo está más tranquilo, pero temen que le vuelva a dar otra crisis.

No acude a Salud Mental ni toma medicación, dice que "allí sólo van locos".

38. El agresor ha sufrido trato inadecuado con anterioridad

Queda constancia en el expediente que SI ha sufrido maltrato, ha habido un trato inadecuado, actitudes de desprecio o carencia de afecto previos por parte de la víctima hacia el agresor: (38) Si.

Manuela, que es la hija con la que convive desde hace años, ha sido visitada y entrevistada en varias ocasiones por mi parte, para valorar posibles soluciones a la situación y a la que se le ha requerido acompañamiento a las visitas a consultas del Centro. La respuesta a su colaboración a sido negativa, justificando que su madre la ha manipulado durante toda la vida y que le ha hecho daño, sintiéndose víctima de ella y dice no estar dispuesta a implicarse ante el comportamiento de la madre fuera del domicilio.

39. Ha sido víctima de trato inadecuado

(39.1) En la infancia (hasta 12 años), (39.2) La adolescencia (hasta 20 a.), (39.3) Juventud (30 a.), (39.4) Etapa adulta (> 31 a.).

40. Ha cometido agresiones previas con la víctima

Cuando el maltrato no es un hecho puntual, sino que persiste en el tiempo

41. Ha habido amenazas previas

Independientemente de las agresiones, que se hayan producido amenazas con anterioridad: (41) Si.

#### 42. El agresor agrede a otros familiares

Cuando además de a la persona mayor, maltrata a cualquier otra persona, bien sea de la unidad de convivencia o de su círculo cercano: (42) Si.

El 13 de agosto se recibe llamada de la Asociación Los Rosales, nos comentan que en casa de José María es muy frecuente oír ruidos y gritos, y según manifiestan José María puede estar agrediendo física y verbalmente a María, José y Beatriz. Comentan un episodio ocurrido hace ya varias semanas en las que debido a una fuerte discusión los vecinos llamaron a la policía, pero cuando ésta acudió, nadie realizó denuncia, por lo que no hubo más represalia hacia José María. Comentan que José ha sufrido una caída por las escaleras y que permanece encamado en el Hospital Pascual desde hace ya varias semanas.

El 2 de septiembre el Equipo de Intervención Social realiza Visita Domiciliaria. Se encuentran solas María y Beatriz. Se pregunta por José que sigue ingresado. Se les hace referencia al hecho sucedido hace varias semanas, María se muestra reacia a hablar, pero Beatriz es quien expone la situación, su hijo bebe y fuma de forma habitual, muestra agresividad contra ellos tres, los insulta, amenaza e incluso los agrede. Entre los sobrinos y José María hay enfrentamientos debido a esta situación.

#### 43. La víctima recibe maltrato por más de una persona

Tanto si forman parte de su unidad familiar, como si son otros familiares, amigos, vecinos o cuidadores formales: (43) Si.

#### 44. Parentesco del agresor con la víctima

Es la relación que existe entre ambos ya sea familiar, de parentesco, de amistad o profesional: (44.1) Esposo (se incluye la pareja hombre, aunque no estén casados), (44.2) Esposa (se incluye la pareja mujer), (44.3) Ex esposo (se incluye ex pareja mujer), (44.4) Ex esposa (se incluye ex pareja hombre), (44.5) Hijo, (44.6) Hija, (44.7) Yerno, (44.8) Nuera, (44.9)

Hermano, (44.10) Hermana, (44.11) Sobrino, (44.12) Sobrina, (44.13) Conviviente (persona que no tiene relación de parentesco, pero comparten domicilio), (44.14) Cuidador/a formal, (44.15) Otros, (44.16) Se desconoce.

Tras recibir ficha de recepción de llamada al Teléfono de Atención a las Personas Mayores (Consejería de Igualdad y Bienestar Social) referente a D. Rafael

donde se solicitaba que se estudiara el caso por existir una presunta situación de malos tratos, se realizó visita para realizar valoración de la situación socio familiar actual.

Se mantuvo entrevista con el matrimonio, ambos con problemas de visibilidad y movilidad, en la cual el cónyuge – D. Rafael- nos informó que ya no podía aguantar más ya que estaban siendo maltratados física, psicológica y verbalmente por su hijo – Francisco Javier, de 47 años de edad – que convive con ellos desde que se separó de su pareja hace aproximadamente veinte años. El usuario no trabaja y tiene una pensión de 300 €/mes, lo cual es a todas luces insuficientes para cubrir sus necesidades básicas siendo mantenido por sus padres.

#### 45. Relaciones familiares deterioradas

Cuando en la familia las relaciones están prácticamente rotas o son inexistentes: (45.1) Relaciones entre hermanos deterioradas, (45.2) Relaciones paterno-filiales deterioradas.

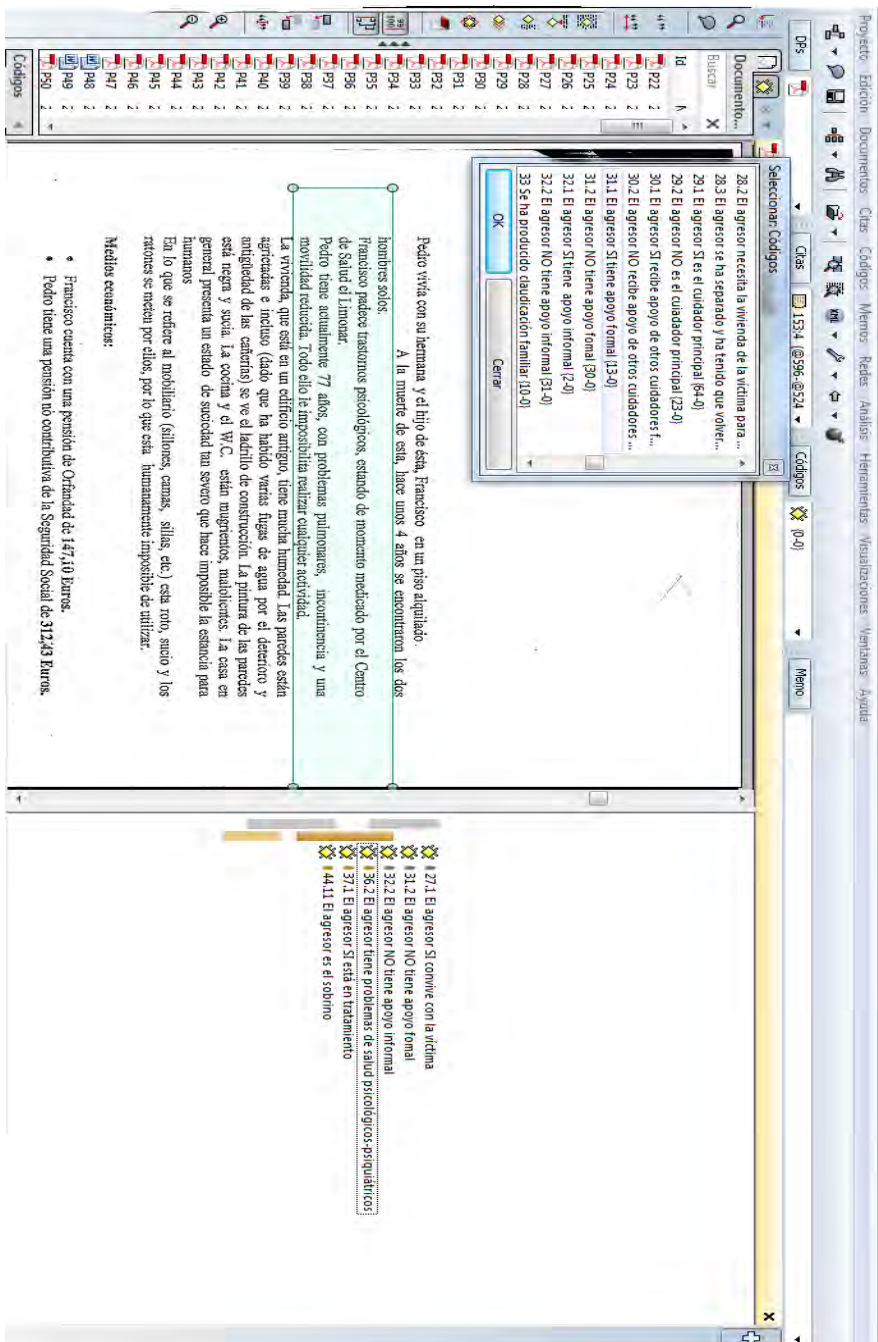
→ Conflicto familiar por "venta de vivienda propiedad de Josefa - a L. Palom - a uno de los nietos → (hijo). Ruptura de relaciones entre hermanos y de la madre con su hijo.  
→ Problemas de convivencia entre madre e hijo.

No se han observado vínculos afectivos sanos entre los miembros de la familia. Según se desprende de lo observado y de las entrevistas realizadas, podría afirmarse que Ana es sujeto y objeto de chantajes emocionales de sus familiares directos y objeto de la manipulación con un claro propósito económico. Realizada consulta a la interesada y a sus tres hijos, se concluye como inviable la convivencia de Ana en ninguno de los posibles núcleos familiares y en el piso de ésta.

### Proceso de codificación

La codificación ha sido realizada por dos personas voluntarias, un hombre y una mujer, previamente entrenados juntos con diferentes expedientes de los que forman la muestra. Durante el entrenamiento se redefinieron o aclararon aquellas categorías que podían confundirse, fundamentalmente las referentes a las solicitudes de prestaciones de ámbito municipal o autonómico. La codificación la ha realizado cada uno de los codificadores por separado, no interviniendo la investigadora en la misma. El siguiente gráfico muestra como los codificadores recogieron la información de los expedientes. En la primera ventana de la izquierda se encuentran los 220 expedientes (documentos primarios), que pueden ser agrupados por familias. Las familias hechas se corresponden con cada uno de los centros de servicios sociales, diez en total. En la segunda ventana se encuentra el expediente con el que se está trabajando y sobre él es donde se va a seleccionar la cita (fragmento del texto enmarcado en un recuadro) correspondiente a un fragmento del texto que está relacionado con el sistema de categorías previamente diseñado. La tercera ventana recoge los códigos que se van asignando a cada uno de los expedientes. En el cuadrado pequeño que se aprecia en el centro de la imagen están recogidos todos los

códigos existentes para proceder a su selección según corresponda con el caso. Como se puede observar, además del nombre, los códigos están numerados para facilitar a los codificadores la búsqueda de los mismos.





La función de los codificadores ha sido seleccionar en cada documento primario (expediente fotocopiado y escaneado) aquellos códigos del sistema de categorías elaborado, que aparecen desplegados en el recuadro pequeño central, que estuviesen presentes en el mismo. Una vez marcados quedan recogidos en el expediente (tercera ventana, derecha de la pantalla). El proceso total de codificación por parte de los jueces, incluido el periodo de entrenamiento, duró un total de tres meses. Previamente la investigadora incluyó todos los expedientes, como documentos primarios, en el programa Atlas.ti, así como el sistema de categorías, creando para ello una Unidad Hermenéutica (UH) específica. Una vez concluido el proceso de categorización de cada uno de los codificadores se procedió a la unificación de las dos UH, al no coincidir las mismas ambos jueces se volvieron a reunir y decidieron con cual de las UH se iba a trabajar por considerar que la misma estaba más y mejor codificada.

Una vez finalizada la codificación de cada uno de los expedientes, se ha realizado su exportación al programa estadístico SPSS para proceder a su análisis.



## II.2. Resultados

## ANÁLISIS DE RESULTADO

Los resultados que se presentan a continuación responden al análisis realizado de las variables estudiadas. Su presentación consta de cuatro partes diferenciadas. En la primera, la segunda y la tercera se han realizado tablas de contingencia en relación al sexo, edad y estado civil de las víctimas. En la cuarta se analiza la relación existente entre el sexo del agresor y los diferentes tipos de maltrato mediante tablas de contingencias y la prueba estadística de  $\chi^2$ , y otras tablas de contingencia de diferentes variables en relación a los tipos de maltrato.

De los 220 casos analizados, como se muestra en la figura 4, el 29,1% de las víctimas son varones (64) y el 70,9% mujeres (156). Respecto al estado civil, figura 5, el 49,3% son viudos/as, el 22,8% casados/as o en pareja, el 20,5% solteros/as y el 7,4% separados/as. En cuanto a la edad el 36,2% son menores de 80 años y el 63,2% son mayores de 80 años.

Referente a los agresores, el sexo es mayoritariamente masculino, siendo varones el 58,7% (108) y mujeres el 41,3% (76). Hay un porcentaje en el que no existe un agresor externo, sino que es la víctima la que amenaza su propia seguridad o su salud, 12,7%, de los que el 20,3% son varones y el 9,6% mujeres.

Figura 4. Sexo víctimas de maltrato

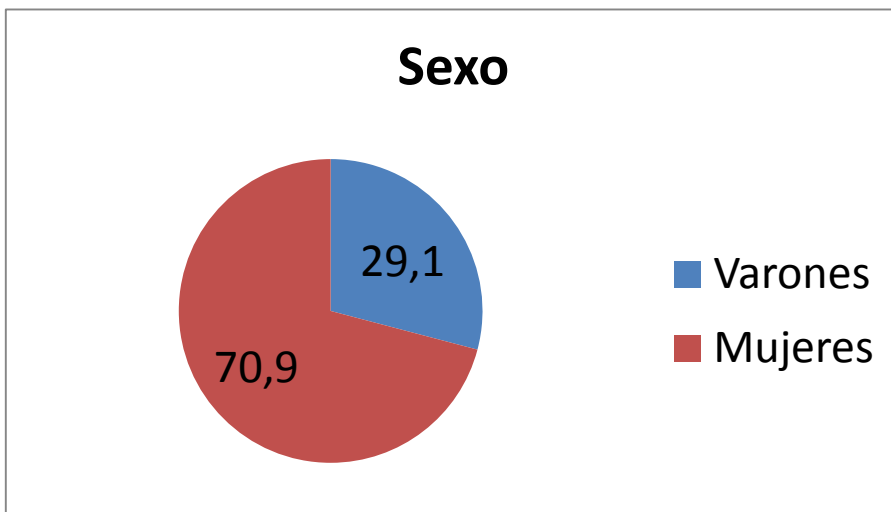
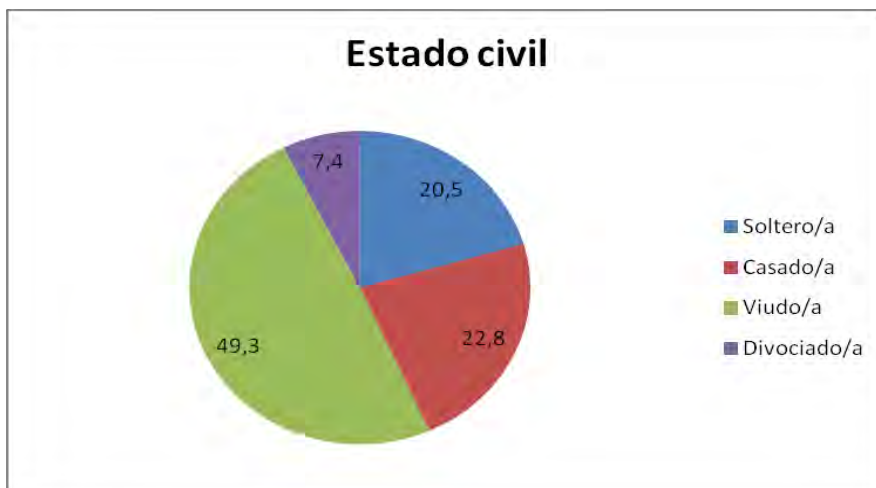


Figura 5. Estado civil víctimas.



A continuación se pasa a analizar las diferentes variables.

*Tablas de contingencia en relación al sexo de la víctima*

Tabla 8 de contingencia edad de la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
<b>Edad</b>	<i>Menores de 80 años</i>	29	45,3	52	33,3
	<i>Mayores de 80 años</i>	35	54,7	104	66,7

Según se observa en la tabla 8 las mujeres víctimas menores de 80 años representan el 33,3% y las mayores de 80 el 66,7%; mientras que los varones menores de 80 son el 45,3% y los mayores de 80 el 54,7%. Como puede apreciarse la mayoría de las víctimas son mujeres mayores de 80 años. En la bibliografía consultada las personas más mayores, son las que tienen mayor riesgo de sufrir maltrato (Iborra, 2008; Lachs et al., 2011; National Center on Elder Abuse, 1998; Pérez-Cárceles et al., 2009; Yaffé et al., 2008).

Tabla 9 de contingencia del estado civil de la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Estado Civil	<i>Soltero/a</i>	20	32,3	24	15,7
	<i>Casado/a</i>	16	25,8	33	21,6
	<i>Viudo/a</i>	17	27,4	89	58,2
	<i>Divorciado/a</i>	9	14,5	7	4,6

Como se muestra en la tabla nº 9, entre los varones predominan los solteros (32,3%), seguidos de los viudos (27,4%), los casados (25,8%) y divorciados (14,5%). Entre las mujeres las viudas (58,2%), las casadas (21,6%), las solteras (15,7%) y las divorciadas (4,6%). El mayor porcentaje de víctimas está en las mujeres viudas, ello es comprensible dada la mayor esperanza de vida con la que cuentan lo que lleva aparejado que puedan enviudar.

Tabla 10 de contingencia del número de personas con quien vive la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Nº Personas en la Vivienda	<i>1</i>	12	34,3	34	39,5
	<i>2</i>	13	37,1	30	34,9
	<i>3</i>	8	22,9	10	11,6
	<i>4</i>	2	5,7	8	9,3
	<i>5</i>	0	0,0	3	3,5
	<i>6</i>	0	0,0	1	1,2

Como se advierte en la tabla 10 la mayoría de las víctimas viven solas (34,3% varones y 39,5% mujeres) o con otra persona (37,1% varones y 34,9% mujeres). No existe unanimidad respecto a si el vivir sola o acompañada es un factor de riesgo o de protección. Algunos autores señalan que el vivir acompañadas representaría mayor riesgo de sufrir maltrato (DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Lowenstein, 2009; Naughton et al., 2013; Schiamberg y Gans, 2000), mientras que para otros sería el vivir solas (Abdel Raman y El Gaafary, 2012; DeFour, 2012; Jürschik et al., 2013; Pérez-Cárceles, 2009).

Una vez analizadas las características en cuanto a sexo, edad y estado civil se pasa a analizar las intervenciones, derivaciones, coordinaciones, etc. que se han llevado a cabo desde los diferentes centros de servicios sociales comunitarios, mediante tablas de contingencia.

Tabla 11 de contingencia de las derivaciones realizadas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Derivación a Órganos Judiciales	No	43	67,2	108	69,2
	Sí	21	32,8	48	30,8
Derivación a Delegación Bienestar Social	No	58	90,6	135	86,5
	Sí	6	9,4	21	13,5
Derivación a Centro Salud	No	64	100,0	151	96,8
	Sí	0	0,0	5	3,2
Derivación a Hospital	No	62	96,9	155	99,4
	Sí	2	3,1	1	0,6
Derivación Área Bienestar Social Municipal	No	58	90,6	153	98,1
	Sí	6	9,4	3	1,9
Derivación Área Salubridad Municipal	No	57	89,1	152	97,4
	Sí	7	10,9	4	2,6
Derivación Centro Municipal 3ª Edad	No	61	95,3	154	98,7
	Sí	3	4,7	2	1,3
Derivación Servicio Valoración Dependencia	No	49	76,6	127	81,4
	Sí	15	23,4	29	18,6
Derivación Comedor Santo Domingo	No	63	98,4	156	100,0
	Sí	1	1,6	0	0,0
Derivación a Cáritas	No	64	100,0	156	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Derivación a Cruz Roja	No	64	100,0	153	98,1
	Sí	0	0,0	3	1,9
Derivación a otras instituciones/organismos	No	58	90,6	141	90,4
	Sí	6	9,4	15	9,6

Como se aprecia en la tabla nº 11, de las derivaciones realizadas desde los Centros de Servicios Sociales a otras instituciones, destacan las realizadas a los Órganos Judiciales (en el 32,8% de las víctimas varones y el 30,8% mujeres). Este hecho es importante teniendo en cuenta que se están analizando casos de malos tratos, por lo que es imprescindible la actuación de los Órganos Judiciales de cara a la protección de las víctimas y para que

los agresores no queden impunes. En segundo lugar las realizadas al servicio de valoración de la dependencia (23,4% varones y 18,6% mujeres), lo que es lógico al ponerse en marcha a mediados del año 2007 la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Tabla 12 de contingencia de las derivaciones realizadas desde instituciones y coordinación entre ambas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Derivado de instituciones	No	39	54,9	87	58,4
	Sí	32	45,1	62	41,6
Coordinación con instituciones	No	23	32,4	53	35,6
	Sí	48	67,6	96	64,4

Como se aprecia en la tabla 12 un porcentaje considerable de casos han llegado derivados de otras instituciones (45,1% varones y 41,6% mujeres). Una vez que se está interviniendo en el caso la coordinación entre los servicios sociales comunitarios y otras instituciones es muy importante (67,7% en varones y 64,4% en mujeres) pues la intervención ante un caso de maltrato requiere de la concurrencia de diferentes instituciones.



Tabla 13 de contingencia de las diferentes instituciones que derivan por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Derivado de Asociación Vecinos	No	62	96,9	153	98,1
	Sí	2	3,1	3	1,9
Derivado de Hospital	No	59	92,2	152	97,4
	Sí	5	7,8	4	2,6
Derivado de Centro Salud	No	62	96,9	149	95,5
	Sí	2	3,1	7	4,5
Derivado de Teléfono Atención al Mayor	No	54	84,4	122	78,2
	Sí	10	15,6	34	21,8
Derivado de Fuerzas Seguridad del Estado	No	57	89,1	143	91,7
	Sí	7	10,9	13	8,3
Derivado de Área Medio Ambiente y Sanidad Ayuntamiento	No	63	98,4	154	98,7
	Sí	1	1,6	2	1,3
Derivado de otras instituciones	No	57	89,1	145	92,9
	Sí	7	10,9	11	7,1

Como se muestra en la tabla nº 13, de los casos derivados desde otras instituciones, destaca en primer lugar el Teléfono de Atención al Mayor (15,6% varones y 21,8% mujeres), seguido de las fuerzas de seguridad (10,9% varones y 8,3% mujeres), el sistema sanitario público (10,9% varones y 7,1% mujeres), asociación de vecinos (3,1% varones y 1,9% mujeres) y Área Medio Ambiente Municipal (1,6% varones y 1,3% mujeres). Estas derivaciones reflejan cómo, para una gran mayoría de profesionales pertenecientes a otras instituciones y que intervienen con población o colectivos en riesgo o exclusión social, los Servicios Sociales Comunitarios son un referente fundamental, máxime cuando el problema en cuestión está relacionado con el maltrato.

Tabla 14 de contingencia de las coordinaciones con las diferentes instituciones por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Coordinación con Hospital	No	55	85,9	138	88,5
	Sí	9	14,1	18	11,5
Coordinación con Centro Salud	No	52	81,3	132	84,6
	Sí	12	18,8	24	15,4
Coordinación Delegación Bienestar Social	No	48	75,0	117	75,0
	Sí	16	25,0	39	25,0
Coordinación Centro Acogida Municipal	No	59	92,2	145	92,9
	Sí	5	7,8	11	7,1
Coordinación con Órganos Judiciales	No	54	84,4	112	71,8
	Sí	10	15,6	44	28,2
Coordinación con Fundación Tutela	No	64	100,0	148	94,9
	Sí	0	0,0	8	5,1
Coordinación Teléfono Atención al Mayor	No	61	95,3	135	86,5
	Sí	3	4,7	21	13,5
Coordinación con Gerencia Municipal Urbanismo	No	59	92,2	151	96,8
	Sí	5	7,8	5	3,2
Coordinación con Cáritas	No	63	98,4	151	96,8
	Sí	1	1,6	5	3,2
Coordinación con Residencias	No	60	93,8	148	94,9
	Sí	4	6,3	8	5,1
Coordinación con Parcemasa	No	64	100,0	153	98,1
	Sí	0	0,0	3	1,9
Coordinación con Otras instituciones	No	44	68,8	122	78,2
	Sí	20	31,3	34	21,8

Como se muestra en la tabla nº 14, las coordinaciones se realizan con diferentes instituciones, destacando el Sistema Sanitario a nivel de atención primaria y hospitalaria (32,9% en los casos de varones y 26,9% de los de mujeres), la Delegación de Bienestar Social (25% tanto en varones como en mujeres) y los Órganos Judiciales (15,6% varones y 28,2% mujeres). Al ser

personas mayores que suelen presentar, debido a su edad, cierto deterioro en su salud física o mental y/o desprotección, resulta obvia la necesidad de implicación y coordinación de las instituciones mencionadas para dar respuesta a las necesidades existentes.

Tabla 15 de contingencia de intervención Fuerzas de Seguridad por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Intervención Fuerzas de Seguridad	No	55	85,9	135	86,5
	Sí	9	14,1	21	13,5

Como se muestra en la tabla nº 15, las Fuerzas de Seguridad han intervenido en el 14,1% de los casos de varones y en el 13,5% de mujeres. Su intervención ha venido motivada a requerimiento de algún vecino por estar produciéndose en ese momento una fuerte discusión en el domicilio, por necesidad de realizarse un ingreso involuntario o por haberse comunicado al servicio de sanidad ambiental municipal la sospecha de Síndrome de Diógenes o vivienda carente de higiene.

Tabla 16 de contingencia de solicitudes de reconocimiento de dependencia por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Se solicita reconocimiento dependencia	No	42	65,6	100	64,1
	Si	22	34,4	56	35,9
Se ha reconocido grado dependencia	No	49	76,6	113	72,4
	Si	15	23,4	43	27,6
Se solicita revisión grado por agravamiento	No	56	87,5	137	87,8
	Si	8	12,5	19	12,2
Se reconoce nuevo grado	No	62	96,9	151	96,8
	Si	2	3,1	5	3,2

Como se observa en la tabla 16 en un porcentaje considerable de los casos se ha solicitado el reconocimiento del grado de dependencia (34,4% varones y el 35,9% mujeres) y en algunos casos se ha solicitado además revisión del grado por agravamiento (12,5% varones y 12,2% mujeres). Se ha reconocido grado de dependencia al 23,4%% de varones y al 27,6% de mujeres. Esta diferencia entre ambos sexos, podría justificarse por el hecho de que, al ser las mujeres más longevas, es más probable que padezcan problemas de salud y por consiguiente presenten algún grado de dependencia. La puesta en marcha de la Ley de Dependencia, supuso un trabajo añadido, al ya existente, a los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios lo que ha llevado a una sobrecarga laboral en los mismos.

Tabla 17 de contingencia de dependencia de la víctima para las actividades básicas de la vida diaria por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Víctima dependiente para las ABVD	No	28	43,8	65	41,7
	Sí	36	56,3	91	58,3
Dependiente ABVD por incapacidad física	No	32	50,0	84	53,8
	Sí	32	50,0	72	46,2
Dependiente ABVD por deterioro cognitivo	No	41	64,1	89	57,1
	Sí	23	35,9	67	42,9

En la tabla nº 17 se observa que el 56,3% de los varones y el 58,3% de las mujeres víctimas son dependientes para la ABVD, de las que el 50% de los hombres y el 46,2% de las mujeres lo son por incapacidad física y el 35,9% de los hombres y el 42,9% de las mujeres por deterioro cognitivo. Como se dijo en la primera parte, no existe unanimidad respecto a la dependencia de la víctima como factor de riesgo, sin embargo, en el presente estudio, existe una clara relación entre el maltrato y la situación de dependencia de la víctima, llegando a presentar alguna dependencia para las ABVD más de la mitad de los casos, siendo ésta en mayor proporción por dependencia física en los varones mientras que en las mujeres lo es por deterioro cognitivo.

Tabla 18 de contingencia víctima presenta problemas de Salud Mental por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Víctima presenta problemas de Salud Mental	No	57	89,1	138	88,5
	Sí	7	10,9	18	11,5

Como se aprecia en la tabla 18 existen problemas de salud mental en las víctimas, en el 10,9% de los varones y en el 11,5% de las mujeres. A pesar de existir alguna literatura donde se recoge que el hecho de presentar la víctima problemas de Salud Mental es un factor de riesgo de padecer maltrato (Cooper, Manela , Katona y Livingston, 2008; Melchiorre et al., 2013), en el presente análisis no se da en un porcentaje elevado.

Tabla 19 de contingencia de sospecha de Síndrome de Diógenes, vivienda carente de higiene y aislamiento social de la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Sospecha Síndrome Diógenes en la víctima	No	55	85,9	152	97,4
	Sí	9	14,1	4	2,6
Aislamiento Social de la víctima	No	41	64,1	107	68,6
	Sí	23	35,9	49	31,4
Vivienda carente de higiene	No	34	53,1	116	74,4
	Sí	30	46,9	40	25,6

Como se puede apreciar en la tabla 19, entre los varones existe un 14,1% de casos en los que existe sospecha de Síndrome de Diógenes, mientras que en las mujeres baja considerablemente, 2,6%. Hay casos en los que no se recoge como Síndrome sino como vivienda carente de higiene, en cuyo caso el porcentaje sube considerablemente (46,9% varones y 25,6% mujeres). Las condiciones de habitabilidad de las viviendas de las personas mayores no son las más adecuadas. Respecto al aislamiento social lo padecen el 35,9 de los varones y el 31,4% de las mujeres. El prototipo del Síndrome de Diógenes es el de una persona mayor, que vive sola, aislada de su entorno y

que acumula gran cantidad de objetos inservibles. Existe alguna bibliografía en la que se considera el Síndrome de Diógenes como otra tipología de maltrato (Fundació Viure i Conviure, 2007).

Tabla 20 de contingencia de las denuncias realizadas y penas impuestas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Existe denuncia	No	60	93,8	143	91,7
	Sí	4	6,3	13	8,3
Existen denuncias previas	No	62	96,9	150	96,2
	Sí	2	3,1	6	3,8
Se ha retirado la denuncia	No	64	100,0	156	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Se ha celebrado juicio y se ha impuesto orden alejamiento	No	62	96,9	149	95,5
	Sí	2	3,1	7	4,5
Se han impuesto otras penas	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6

Como se constata en la tabla 20, sólo el 6,3% de varones y el 8,3% de mujeres han denunciado, por lo que podríamos hablar de “punta de iceberg”, aunque de las denuncias realizadas no se ha retirado ninguna como suele suceder con cierta frecuencia. Las penas impuestas han sido fundamentalmente órdenes de alejamiento (3,1% varones y 4,5% mujeres). Es necesario plantearse las denuncias así como la idoneidad o no de la pena, ya que en el 3,1% de los varones y en el 3,8% de las mujeres, existían denuncias previas, hecho más que suficiente para que se hubiesen llevado a cabo actuaciones de cara a proteger a la víctima.

En cuanto a la labor de los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, es preciso señalar la implicación de éstos ante casos o sospecha de MPM ya que se han realizado derivaciones a los órganos judiciales en más del 30% de los casos.

Tabla 21 de contingencia del apoyo que recibe la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes

		<b>Sexo</b>			
		<i>Varón</i>		<i>Mujer</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
La víctima recibe apoyo informal de la familia	<i>No</i>	57	89,1	140	89,7
	<i>Sí</i>	7	10,9	16	10,3
La víctima recibe apoyo informal de vecinos	<i>No</i>	58	90,6	143	91,7
	<i>Sí</i>	6	9,4	13	8,3
la víctima recibe apoyo informal de amigos	<i>No</i>	62	96,9	154	98,7
	<i>Sí</i>	2	3,1	2	1,3
La víctima recibe algún tipo de apoyo informal pero muy, muy esporádico	<i>No</i>	60	93,8	140	89,7
	<i>Sí</i>	4	6,3	16	10,3
La víctima recibe apoyo informal de otros	<i>No</i>	63	98,4	150	96,2
	<i>Sí</i>	1	1,6	6	3,8
La víctima no recibe ningún tipo de apoyo	<i>No</i>	53	82,8	134	85,9
	<i>Sí</i>	11	17,2	22	14,1

Como se muestra en la tabla nº 21, en torno al 30% de las víctimas reciben algún tipo de apoyo informal, destacando el apoyo informal de la familia (10,9% varones y 10,3% mujeres). Lo más llamativo y preocupante es el hecho de que el 17,2% de los varones y el 14,1% de las mujeres, no reciben apoyo alguno, ya que como ha quedado reflejado en diferentes investigaciones, los niveles altos de apoyo social pueden representar un factor protector en la reducción de la vulnerabilidad de las personas mayores



y del riesgo de padecer maltrato sobre todo de tipo emocional (Melchiorre et al., 2013).

En los cuidadores los datos son aún más graves ya que entre un 74-75% de éstos no tienen ningún tipo de apoyo, considerándose la sobrecarga como un factor de riesgo motivado por el agotamiento del cuidador (Cohen et al., 2007; Iborra, 2008).

Tabla 22 de contingencia de las prestaciones sociales municipales solicitadas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Se ha solicitado SAD municipal	No	46	71,9	118	75,6
	Sí	18	28,1	38	24,4
Se ha solicitado teleasistencia municipal	No	60	93,8	145	92,9
	Sí	4	6,3	11	7,1
Se ha solicitado comida a domicilio	No	52	81,3	142	91,0
	Sí	12	18,8	14	9,0
Se ha solicitado residencia	No	55	85,9	135	86,5
	Sí	9	14,1	21	13,5
Se ha solicitado respiro familiar	No	61	95,3	147	94,2
	Sí	3	4,7	9	5,8
Se ha solicitado limpieza de choque	No	50	78,1	145	92,9
	Sí	14	21,9	11	7,1
Se ha solicitado desinsectación	No	60	93,8	153	98,1
	Sí	4	6,3	3	1,9
Se ha solicitado ingreso involuntario en residencia u hospital	No	58	90,6	140	89,7
	Sí	6	9,4	16	10,3
Se ha solicitado incapacidad judicial	No	58	90,6	138	88,5
	Sí	6	9,4	18	11,5
Se ha solicitado tutorización Fundación Malagueña de Tutela	No	63	98,4	146	93,6
	Sí	1	1,6	10	6,4
Se ha solicitado AENP para cobertura necesidades básicas	No	56	87,5	136	87,2
	Sí	8	12,5	20	12,8
Se ha solicitado AENP para adquisición mobiliario básico	No	62	96,9	147	94,2
	Sí	2	3,1	9	5,8
Se ha solicitado AENP para dentista	No	64	100,0	154	98,7
	Sí	0	0,0	2	1,3
Otros	No	63	98,4	154	98,7
	Sí	1	1,6	2	1,3

Como puede apreciarse en la tabla 22, de todas las prestaciones la que se ha solicitado en mayor medida ha sido el servicio de ayuda a domicilio (SAD), 28,1% varones y 24,4% mujeres; seguida de la limpieza de choque

en los varones, 21,9% (en las mujeres baja considerablemente, 7,1%); ayudas económicas extraordinarias, 15,6% para varones y 18,6% para mujeres; la comida a domicilio, 18,8% para varones y 9% para mujeres; ingreso en centro residencial, 14,1% varones y 13,5% mujeres; incapacitación judicial, 9,4% varones y 11,5% mujeres; ingreso involuntario en centro residencial u hospital, 9,4% varones y 10,3% mujeres. En menor medida teleasistencia, 6,3% varones y 7,1% mujeres; respiro familiar, 4,7% varones y 5,8% mujeres; desinsectación, 6,3% varones y 1,9% mujeres; intervención Fundación Malagueña de Tutela, 1,6% varones y 6,4% mujeres.

El SAD es una de las prestaciones básicas del Sistema Público de Servicios Sociales y, se puede decir, que la prestación “estrella” pues consiste en actividades encaminadas a la permanencia de la persona en su entorno y evitar la institucionalización, así como apoyar al cuidador en sus responsabilidades de atención. Consiste en servicios de aseo personal y/o del hábitat, compra y elaboración de alimentos, acompañamiento, etc. Por sus características, sería la más idónea de cara a la prevención de la sobrecarga o claudicación del cuidador y, como consecuencia, del maltrato. Debido al escaso presupuesto destinado a tal fin, existe una gran lista de espera no siendo posible la concesión de la misma. Resaltar que en el 28,2% de los casos de varones ha sido preciso solicitar alguna prestación relacionada con la higiene y habitabilidad de la vivienda, hecho que refleja el estado en la que se encuentran las mismas. En general, las diferentes y

variadas prestaciones forman parte de todo el proceso de intervención social y cuya finalidad es darles protección y paliar sus necesidades sociales.

Tabla 23 de contingencia de las prestaciones municipales concedidas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Concedida SAD municipal	No	51	79,7	124	79,5
	Sí	13	20,3	32	20,5
Concedida teleasistencia	No	62	96,9	147	94,2
	Sí	2	3,1	9	5,8
Concedida comida a domicilio	No	55	85,9	141	90,4
	Sí	9	14,1	15	9,6
Concedida residencia	No	60	93,8	147	94,2
	Sí	4	6,3	9	5,8
Concedido respiro familiar	No	62	96,9	148	94,9
	Sí	2	3,1	8	5,1
Concedida limpieza de choque	No	50	78,1	146	93,6
	Sí	14	21,9	10	6,4
Concedida desinsectación	No	60	93,8	153	98,1
	Sí	4	6,3	3	1,9
Concedido ingreso involuntario residencia	No	62	96,9	147	94,2
	Sí	2	3,1	9	5,8
Concedido ingreso involuntario hospital	No	63	98,4	154	98,7
	Sí	1	1,6	2	1,3
Concedido incapacitación judicial	No	59	92,2	144	92,3
	Sí	5	7,8	12	7,7
Concedido tutorización Fundación Malagueña Tutela	No	63	98,4	146	93,6
	Sí	1	1,6	10	6,4
Concedida AENP una sola vez	No	56	87,5	137	87,8
	Sí	8	12,5	19	12,2
Concedida AENP dos veces	No	63	98,4	151	96,8
	Sí	1	1,6	5	3,2
Concedida AENP más de dos veces	No	63	98,4	151	96,8
	Sí	1	1,6	5	3,2

Como se observa en la tabla 23, de las prestaciones municipales solicitadas la que mayoritaria mente se ha concedido a ambos sexos ha sido el SAD, 20,3% varones y 20,5% mujeres, aunque el porcentaje es pequeño teniendo en cuenta, como se acaba de decir, que es la prestación estrella y es la que puede prevenir o mitigar la sobrecarga y/o claudicación del cuidador principal y el maltrato. En el resto de prestaciones existe diferencia entre ambos sexos, así se ha concedido a los varones: limpieza de choque, 21,9%; ayuda económica, 15,7%; comida a domicilio, 14,1%; incapacitación judicial, 7,8%; centro residencial y desinsectación, 6,3%; teleasistencia, respiro familiar e ingreso involuntario en residencia, 3,1%; ingreso involuntario en hospital y Fundación Malagueña de Tutela, 1,6%. Resaltar el que se haya concedido un porcentaje considerable de prestaciones relacionadas con las condiciones de habitabilidad de la vivienda (28,2%), lo que pone de manifiesto el estado en el que “malviven” muchas personas mayores.

Respecto a las mujeres: ayuda económica extraordinaria, 18,6%; comida a domicilio, 9,6%; incapacitación judicial, 7,7%; limpieza de choque y tutorización Fundación Malagueña de Tutela, 6,4%; teleasistencia, centro residencial, ingreso involuntario en residencia, 5,8%; respiro familiar, 5,1%; desinsectación, 1,9%; ingreso involuntario en hospital, 1,3%.

Lo que más llama la atención es la diferencia que existe entre ambos sexos en lo relativo a las prestaciones concedidas relacionadas con las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda, 28,2% varones y 8,3% mujeres.

Tabla 24 de contingencia de las prestaciones/servicios solicitadas contempladas en la Ley de Dependencia por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	F
Solicitada SAD por dependencia	No	57	80,3	118	79,2
	Sí	14	19,7	31	20,8
Solicitada teleasistencia por dependencia	No	70	98,6	135	90,6
	Sí	1	1,4	14	9,4
Solicitado centro día por dependencia	No	71	100,0	145	97,3
	Sí	0	0,0	4	2,7
Solicitado centro residencial por dependencia	No	60	84,5	116	77,9
	Sí	11	15,5	33	22,1
Solicitada prestación económica vinculada al servicio	No	70	98,6	149	100,0
	Sí	1	1,4	0	0,0
Solicitada prestación económica para cuidados en entorno familiar	No	68	95,8	143	96,0
	Sí	3	4,2	6	4,0

En la tabla 24 se observa como de las prestaciones contempladas en la Ley de Dependencia, en los varones, la que se ha solicitado en mayor proporción ha sido el SAD, 19,7%; seguida del centro residencial, 15,5%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 4,2%; teleasistencia y prestación económica vinculada al servicio, 1,4%. Respecto a las mujeres: centro residencial, 22,1%; SAD, 20,8%; teleasistencia, 9,4%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 4%; centro de día, 2,7%. Hecho importante y que habría que reconsiderar es la escasez de solicitudes para acudir a un centro de día (0% en varones y 2,7% mujeres) máxime cuando sería una forma de descargar al cuidador y por tanto prevenir el maltrato. Igualmente es necesario detenerse en la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, alrededor del 4%, ya que

como se dijo anteriormente la mayoría de los agresores son los propios cuidadores, por lo que sería contraproducente solicitar dicha prestación.

Tabla 25 de contingencia de las prestaciones concedidas Ley Dependencia por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Concedida SAD por dependencia	No	51	79,7	130	83,3
	Sí	13	20,3	26	16,7
Concedida teleasistencia por dependencia	No	63	98,4	148	94,9
	Sí	1	1,6	8	5,1
Concedida centro día por dependencia	No	63	98,4	152	97,4
	Sí	1	1,6	4	2,6
Concedido centro residencial por dependencia	No	54	84,4	126	80,8
	Sí	10	15,6	30	19,2
Concedido prestación económica vinculada al servicio	No	64	100,0	156	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Concedida prestación económica cuidados entorno familiar	No	62	96,9	150	96,2
	Sí	2	3,1	6	3,8

Como se puede observar en la tabla nº 25, de las prestaciones y servicios contemplados en la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que se han concedido, respecto a los varones: SAD, 20,3%; centro residencial, 15,6%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 3,1%; teleasistencia, 1,6%. Respecto a las mujeres: centro residencial, 19,2%; SAD, 16,7%; teleasistencia, 5,1%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 3,8% y centro de día, 2,6%.

La prestación económica vinculada al servicio no se tiene constancia de que se haya concedido, sin embargo la prestación económica para cuidados

en el entorno familiar sí (3,1% hombres; 3,8% mujeres) y como se acaba de decir, se le estaría facilitando a los agresores, que son los cuidadores principales, el comportamiento agresivo o no adecuado.

Tabla 26 de contingencia de tipos de maltrato por sexos, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Maltrato físico	No	45	70,3	119	76,3
	Sí	19	29,7	37	23,7
Maltrato psicológico	No	53	82,8	100	64,1
	Sí	11	17,2	56	35,9
Maltrato económico	No	52	81,3	128	82,1
	Sí	12	18,8	28	17,9
Maltrato sexual	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6
Negligencia	No	43	67,2	88	56,4
	Sí	21	32,8	68	43,6
Abandono	No	38	59,4	100	64,1
	Sí	26	40,6	56	35,9
Violación derechos	No	61	95,3	144	92,3
	Sí	3	4,7	12	7,7
Autonegligencia/autoabandono	No	51	79,7	141	90,4
	Sí	13	20,3	15	9,6
Se desconoce tipo maltrato	No	62	96,9	145	92,9
	Sí	2	3,1	11	7,1

Como se observa en la tabla 26, de todos los tipos de maltrato el que más se produce, en los varones es el abandono (40,6%), seguido de la negligencia (32,8%), el maltrato físico (29,7%), autonegligencia (20,3%), económico (18,8%), psicológico (17,2%) y violación derechos (4,7%), no se tiene constancia de ningún caso de abuso sexual. Respecto a las mujeres, en primer lugar la negligencia (43,6%), seguido del psicológico y del abandono



(35,9%), físico (23,7%), económico (17,9), autonegligencia (9,6%), violación derechos (7,7%) y sexual (0,6%). De los tipos de malos tratos clásicos y más frecuentes, recogidos en la literatura, no baja ninguno del 17%. El que en las mujeres el maltrato psicológico sea uno de los que más se produce, está en concordancia con un estudio realizado en siete países europeos (Alemania, España, Grecia, Italia, Lituania, Portugal y Suecia) donde esta tipología, en general, es una de las de mayor casuística, aunque se da en menor proporción en los países del sur, entre ellos España, y se asocia al vivir en viviendas de alquiler, apoyo social bajo, ansiedad, uso frecuente de los servicios de salud, entre otros (Macassa et al., 2013).

Tabla 27 de contingencia de agresiones recibidas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Agredida por más de una persona	No	62	96,9	145	92,9
	Sí	2	3,1	11	7,1
Agredida en más de una ocasión	No	61	95,3	142	91,0
	Sí	3	4,7	14	9,0

En la tabla 27 se observa como la víctima es agredida por más de una persona (3,1% los varones y 7,1% las mujeres) y en más de una ocasión (4,7% los varones y 9% las mujeres). El hecho de que sea la mujer es quien más es agredida por más de una persona y de forma reiterada, puede deberse a la mayor vulnerabilidad de la mujer respecto al hombre en esta franja de edad. Como quedó constancia en la primera parte, el maltrato no consiste en una conducta única sino por el contrario se repite y, lo que es aún peor,

aumenta en intensidad con el paso del tiempo. Una característica del maltrato a este colectivo es que no sólo lo infringe una persona, sino que en muchos casos la víctima lo es de diferentes personas a la vez.

Tabla 28, aislamiento social de la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
Aislamiento social de la víctima		F	%	F	%
	No	41	64,1	107	68,6
	Sí	23	35,9	49	31,4

Como se observa en la tabla 28, el 35,9% de varones y el 31,4% de mujeres víctimas tienen aislamiento social, lo que puede suponer que un porcentaje considerable de personas mayores carecen de redes de apoyo y, en caso de producirse maltrato, la detección va a ser aún más difícil. Existen investigaciones que corroboran este dato y en las que se concluye que, niveles bajos de apoyo social, es entre otros, un factor de riesgo para que se produzca maltrato psicológico (Macassa et al., 2013).

A continuación se pasa a analizar algunas características del agresor y su relación con la víctima.

Tabla 29 de contingencia de la situación económica del agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor realiza trabajo remunerado	No	61	95,3	149	95,5
	Sí	3	4,7	7	4,5
El agresor NO realiza trabajo remunerado	No	56	87,5	136	87,2
	Sí	8	12,5	20	12,8
El agresor SI depende económicamente de la víctima	No	51	79,7	124	79,5
	Sí	13	20,3	32	20,5

Como se observa en la tabla 29, únicamente el 4,7% de los agresores y el 4,5% de las agresoras se tiene constancia de que realizan trabajo remunerado, y que no realizan trabajo remunerado el 12,5% de agresores y el 12,8% de agresoras, por lo que no debería existir una gran incompatibilidad en la conciliación entre la vida familiar y laboral. Sin embargo es importante el hecho de que el 20,3% de los agresores y el 20,5% de las agresoras dependan económicamente de la víctima. Ello puede desencadenar no sólo un maltrato económico sino también físico, psicológico, etc. pues el hecho de carecer de recursos económicos es un factor de riesgo bastante importante.

Tabla 30 de contingencia de la situación de convivencia del agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor SI convive con la víctima	No	40	62,5	89	57,1
	Sí	24	37,5	67	42,9
El agresor NO convive con la víctima	No	52	81,3	133	85,3
	Sí	12	18,8	23	14,7
El Agresor convive con la víctima y otros familiares	No	62	96,9	152	97,4
	Sí	2	3,1	4	2,6
El agresor carece de vivienda propia	No	53	82,8	121	77,6
	Sí	11	17,2	35	22,4
El agresor necesita la vivienda de la víctima para vivir	No	54	84,4	123	78,8
	Sí	10	15,6	33	21,2
El agresor se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima	No	63	98,4	147	94,2
	Sí	1	1,6	9	5,8

Como se muestra en la tabla 30 un gran porcentaje de agresores conviven con sus víctimas, concretamente en el caso de los agresores conviven con su víctima el 37,5%; con la víctima y otros familiares el 3,1%; carecen de vivienda propia el 17,2%; necesita la vivienda de la víctima para vivir el 15,6% y se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima el 1,6%. En el caso de las agresoras conviven con su víctima el 42,9%; con la víctima y otros familiares el 2,6%; carecen de vivienda propia el 22,4%; necesita la vivienda de la víctima para vivir el 21,2% y se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima el 5,8%. El hecho en sí de la convivencia va a dificultar aún más la denuncia al ser el agresor una persona de su entorno familiar cercano y carecer, en muchos casos, de vivienda propia.

Tabla 31 de contingencia respecto a si el agresor es el cuidador principal y apoyo que recibe por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Agresor es el cuidador principal	No	45	70,3	113	72,4
	Sí	19	29,7	43	27,6
Apoyos recibidos por el agresor	No	52	73,2	112	75,2
	Sí	19	26,8	37	24,8

Como se recoge en la tabla 31, un porcentaje bastante considerable de agresores (29,7% de los que cuidan a varones y 27,6% a mujeres) son los cuidadores principales. Respecto al apoyo que reciben, el 26,8% de los que cuidan a varones y el 24,8% a mujeres reciben algún tipo de apoyo. Los cuidadores no reciben apoyo o no comparten con otras personas los cuidados, a veces por considerarse que son ellos los únicos capacitados para ello y otras por no haber nadie más del entorno familiar dispuesto a realizar dicho labor. Se podría subsanar si existiese una buena cobertura de protección pública donde se ofertase ayuda a domicilio, centros de respiro familiar, centros de día, etc. La crisis económica ha hecho que la implantación de la Ley de Dependencia se ralentice y no se les proporcione la cobertura necesaria. Si además de ser el cuidador principal, dependen económicamente de la víctima y comparten vivienda, existe mayor probabilidad de que se produzca el maltrato.

Tabla 32 de contingencia del apoyo recibido por el agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		<i>Varón</i>		<i>Mujer</i>	
		F	%	F	%
El agresor SI recibe apoyo de otros cuidadores familiares	No	59	92,2	150	96,2
	Sí	5	7,8	6	3,8
El agresor SI tiene apoyo formal	No	62	96,9	145	92,9
	Sí	2	3,1	11	7,1
El agresor SI tiene apoyo informal	No	64	100,0	154	98,7
	Sí	0	0,0	2	1,3
Se ha producido claudicación familiar	No	62	96,9	150	96,2
	Sí	2	3,1	6	3,8

Como se muestra en la tabla 32, en referencia al tipo de apoyo que reciben los cuidadores, más del 90% no reciben apoyo de otros familiares y sólo el 3,1% de los que agreden a varones y el 7,1% de los que agreden a mujeres reciben apoyo formal. Se produce claudicación familiar en el 3,1% de los que cuidan a varones y en el 3,8% de los que lo hacen a mujeres, aunque no es un porcentaje elevado, es un gran problema debido a que no va a existir ningún familiar dispuesto a proporcionar esos cuidados.

Tabla 33 de contingencia de consumo de tóxicos del agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor consume alcohol	No	58	90,6	132	84,6
	Sí	6	9,4	24	15,4
El agresor consume drogas ilegales	No	60	93,8	141	90,4
	Sí	4	6,3	15	9,6
El agresor necesita el dinero de la víctima para el consumo	No	62	96,9	150	96,2
	Sí	2	3,1	6	3,8

Como se observa en la tabla 33, el 9,4% de los agresores de las víctimas varones y el 15,4% de los agresores de mujeres consumen alcohol y el 6,3% y el 9,6% respectivamente consumen drogas ilegales. El agresor necesita el dinero de la víctima para su consumo en el 3,1% de los que cuidan a varones y en el 3,8% a mujeres. El alcohol es una droga permitida y de uso social, cuyo principal consumidor, en actos públicos, ha sido el hombre. No se recoge, por no existir el dato, el consumo de drogas legales o permitidas (barbitúricos, opiáceos, etc.) cuyo consumo se asocia fundamentalmente a las mujeres.

Tabla 34 de contingencia de existencia de problemas de salud en el agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor tiene problemas de salud físicos	No	63	98,4	150	96,2
	Sí	1	1,6	6	3,8
El agresor tiene problemas de salud psicológicos-psiquiátricos	No	54	84,4	136	87,2
	Sí	10	15,6	20	12,8
El agresor SI está en tratamiento	No	60	93,8	149	95,5
	Sí	4	6,3	7	4,5
El agresor NO acepta ponerse en tratamiento	No	62	96,9	152	97,4
	Sí	2	3,1	4	2,6
El agresor está en tratamiento pero no lo sigue adecuadamente	No	62	96,9	153	98,1
	Sí	2	3,1	3	1,9

Como se advierte en la tabla 34, según los resultados obtenidos, se concluye que los agresores presentan en mayor proporción problemas psicológicos o psiquiátricos (15,6% en agresores de varones y 12,8% en agresores de mujeres) que físicos no alcanzando éstos el 4%. Solo un pequeño porcentaje está en tratamiento (6,3% y 4,5%), hay quienes no lo siguen adecuadamente (3,1% y 1,9%) y quienes se niegan a ponerse en tratamiento (3,1% y 2,6).

El hecho de padecer algún tipo de enfermedad no debe justificar la realización de comportamientos violentos, pero sí hay que tener en cuenta que una persona cuidadora que tenga problemas psiquiátricos y que no esté perfectamente controlada su enfermedad, es más fácil que se desestabilice ante la sobrecarga de la situación que otra que no los tenga.



Tabla 35 de contingencia de haber sufrido maltrato previo el agresor por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor ha sufrido trato inadecuado con anterioridad por parte de la víctima	No	63	98,4	154	98,7
	Sí	1	1,6	2	1,3

Como se recoge en la tabla 35 los agresores que reconocen haber sido víctimas de maltrato con anterioridad son muy escasos, no superando el 1,6% del total de la muestra. A veces a los agresores les cuesta reconocer haber sido ellos mismos víctimas de maltrato y aunque alguna literatura consultada hace referencia al hecho de que los hijos que han sido maltratados de pequeños, al ser adultos presentan riesgo de convertirse en maltratadores (Baker, 2007; Sengstock y Hwalek, 1987), en el presente análisis esto no sucede.

Tabla 36 de contingencia de amenazas o agresiones reiteradas y agresión a más de un familiar por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor ha cometido agresiones previas a la víctima	No	62	96,9	152	97,4
	Sí	2	3,1	4	2,6
El agresor ha cometido amenazas previas	No	63	98,4	150	96,2
	Sí	1	1,6	6	3,8
El agresor agrede además a otros familiares	No	62	96,9	148	94,9
	Sí	2	3,1	8	5,1

Como se observa en la tabla 36 los agresores cometen más agresiones previas a los varones (3,1%) que a las mujeres (2,6%). En cambio con las víctimas mujeres utilizan más las amenazas (3,8%) que con los varones (1,6%). Agreden además a otros familiares el 3,1% de los que agreden a varones y el 5,1% de los que lo hacen a mujeres.

Tabla 37 de contingencia de relación de parentesco del agresor con la víctima por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
El agresor es el esposo/pareja	No	64	100,0	142	91,0
	Sí	0	0,0	14	9,0
El agresor es la esposa/pareja	No	60	93,8	156	100,0
	Sí	4	6,3	0	0,0
El agresor es el ex-esposo/ex-pareja	No	64	100,0	154	98,7
	Sí	0	0,0	2	1,3
El agresor es la ex-esposa/ex-pareja	No	63	98,4	156	100,0
	Sí	1	1,6	0	0,0
El agresor es el hijo	No	40	62,5	75	48,1
	Sí	24	37,5	81	51,9
El agresor es la hija	No	52	81,3	119	76,3
	Sí	12	18,8	37	23,7
El agresor es el yerno	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6
El agresor es la nuera	No	61	95,3	154	98,7
	Sí	3	4,7	2	1,3
El agresor es el hermano	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6
El agresor es la hermana	No	63	98,4	151	96,8
	Sí	1	1,6	5	3,2
El agresor es el sobrino	No	62	96,9	150	96,2
	Sí	2	3,1	6	3,8
El agresor es la sobrina	No	61	95,3	153	98,1
	Sí	3	4,7	3	1,9
El agresor es el conviviente no familiar	No	60	93,8	155	99,4
	Sí	4	6,3	1	0,6
El agresor es el cuidador/a formal	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6
El agresor es el nieto	No	64	100,0	153	98,1
	Sí	0	0,0	3	1,9
El agresor es Otros	Hombre	1	1,6	0	0,0
	Mujer	2	3,1	3	1,9
Se desconoce la relación de parentesco víctima-agresor	No	64	100,0	155	99,4
	Sí	0	0,0	1	0,6

Como se muestra en la tabla 37, la mayoría de los que agreden, tanto a varones como a mujeres, son hombres. Respecto a quien agrede a los varones: en primer lugar es el hijo, 37,5%; seguido de la hija, 18,8%; la esposa o conviviente no familiar, 6,3%; la nuera y la sobrina, 4,7%; el sobrino u “otros” mujer, 3,1%; la exesposa, la hermana u “otros” varón, 1,6%.

En cuanto a quien agrede a las mujeres: el hijo, 51,9%; la hija, 23,7%; el esposo, 9%; el sobrino, 3,8%; la hermana, 3,2%; la sobrina, el nieto u “otros” mujer, 1,9%; el exesposo o la nuera, 1,3%; el yerno, hermano, el conviviente no familiar o el cuidador formal, 0,6%.

A pesar de que, como quedó recogido en la primera parte, quienes cuidan a las personas mayores son fundamentalmente mujeres, los agresores son mayoritariamente hombres.

Tabla 38 de contingencia de relaciones familiares por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas	No	49	76,6	121	77,6
	Sí	15	23,4	35	22,4
Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas	No	59	92,2	137	87,8
	Sí	5	7,8	19	12,2
Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar	No	55	85,9	125	80,1
	Sí	9	14,1	31	19,9

Como se muestra en la tabla 38 existe cierto deterioro en las relaciones familiares. En lo referente al deterioro en las relaciones paterno-filiales se

produce en el 23,4% en las víctimas varones y en el 22,4% en mujeres. Entre los hermanos, en el 7,8% de varones y en el 12,2% de mujeres. En general, están deterioradas las relaciones de toda la unidad familiar en el 14,1% de víctimas varones y en el 19,9% de víctimas mujeres.

Tabla 39 de contingencia de derivaciones y coordinación con instituciones por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		F	%	F	%
Derivaciones a instituciones	No	27	38,0	68	45,6
	Sí	44	62,0	81	54,4
Derivado de instituciones	No	39	54,9	87	58,4
	Sí	32	45,1	62	41,6
Coordinación con instituciones	No	23	32,4	53	35,6
	Sí	48	67,6	96	64,4

Como se muestra en la tabla 39 más de la mitad de los casos han sido derivados a otras instituciones de cara a una intervención conjunta y coordinada, concretamente el 62% de los casos de víctimas varones y el 54,4% mujeres. Casi la mitad de los casos han sido derivados a los Servicios Sociales Comunitarios desde diferentes instituciones (fundamentalmente sanitarias, sociales o judiciales), 45,1% casos de varones y 41,6% de mujeres. Este hecho es importante resaltarlos pues evidencia que los profesionales que trabajan con este colectivo (médicos, enfermeros, jueces, etc.), tienen claro que la intervención y actuación de los trabajadores sociales es indispensable ante un caso o una sospecha de maltrato. Se han producido coordinaciones con otras instituciones en el 67,6% de víctimas varones y en el 64,4% de víctimas mujeres, este dato no significa que se

haya realizado una sola coordinación por caso, sino todo lo contrario, las coordinaciones entre las instituciones son constantes y fluidas y cada caso, por regla general, necesita de muchas coordinaciones con las diferentes instituciones implicadas.

Esta tabla resulta interesante en cuanto queda reflejado todo el trabajo que lleva aparejado cada caso social con el que se interviene.

Tabla 40 de contingencia de prestaciones solicitadas y concedidas por sexo, en frecuencias y porcentajes.

		Sexo			
		<i>Varón</i>		<i>Mujer</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Prestaciones municipales solicitadas	No	31	43,7	60	40,3
	Sí	40	56,3	89	59,7
Prestaciones municipales concedidas	No	35	49,3	70	47,0
	Sí	36	50,7	79	53,0
Prestaciones por dependencia solicitadas	No	47	66,2	93	62,4
	Sí	24	33,8	56	37,6
Prestaciones por dependencia concedidas	No	51	71,8	98	65,8
	Sí	20	28,2	51	34,2

Como se muestra en la tabla 40 se han solicitado prestaciones sociales municipales para el 56,3% de las víctimas varones y el 59,7% para mujeres, habiéndose concedido el 50,7% en el caso de los varones y el 47% en las mujeres. Respecto a las solicitadas a través de la Ley de Dependencia, han sido en el 33,8% de los varones y el 37,6% de las mujeres, concediéndose el 28,2% y el 34,2% respectivamente. La diferencia en cuanto al mayor porcentaje de concesión de prestaciones municipales es debido a que la

citada Ley no entró en vigor hasta mediados del año 2007, concediéndose la primeras hacia finales de dicho año.

Resulta obvio que en la intervención profesional, se hace uso de los recursos y prestaciones sociales existentes que van a permitir tanto la protección de la víctima, como la disminución de la sobrecarga en el cuidador. En los casos que se están analizando, la prestación que se ha solicitado y concedido, en mayor porcentaje, ha sido el SAD. Ello es importante tenerlo en cuenta y ponerlo en valor en cuanto que supone el que la persona mayor pueda continuar en su hábitat, con sus recuerdos, sus costumbres, pues las personas de más de 65 años, en la actualidad, prefieren vivir en sus casas y no tener que ingresar en un centro residencial.

#### *Tablas de contingencia en relación a la edad de la víctima.*

A continuación se pasa a analizar, mediante tablas de contingencia, las mismas características que las realizadas anteriormente de la víctima y del agresor, pero en relación a la edad de la víctima. Para ello se han establecido dos tramos de edad, los menores de 80 años (de 65 a 79 años) y los mayores de 80 años (de 80 años en adelante).

Tabla 41 de contingencia de las derivaciones realizadas a diferentes instituciones por edad, en frecuencias y porcentajes

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Derivación a Órganos Judiciales	No	57	70,4	94	67,6
	Sí	24	29,6	45	32,4
Derivación a Delegación Bienestar Social	No	71	87,1	122	87,8
	Sí	10	12,3	17	12,2
Derivación a Centro Salud	No	80	98,8	135	97,1
	Sí	1	1,2	4	2,9
Derivación a Hospital	No	79	97,5	138	99,3
	Sí	2	2,5	1	0,7
Derivación Área Bienestar Social Municipal	No	76	93,8	135	97,1
	Sí	5	6,2	4	2,9
Derivación Área Salubridad Municipal	No	76	93,8	135	97,1
	Sí	5	6,2	6	4,3
Derivación Centro Municipal 3ª Edad	No	79	97,5	136	97,8
	Sí	2	2,5	3	2,2
Derivación Servicio Valoración Dependencia	No	72	88,9	104	74,8
	Sí	9	11,1	35	25,2
Derivación Comedor Santo Domingo	No	80	98,8	139	100
	Sí	1	1,2	0	0,0
Derivación a Cáritas	No	81	100,0	139	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Derivación a Cruz Roja	No	79	97,5	138	99,3
	Sí	2	2,5	1	0,7
Derivación a otras instituciones/organismos	No	74	91,4	125	89,9
	Sí	7	8,6	14	10,1

Como se muestra en la tabla 41 las derivaciones realizadas a diferentes instituciones han sido en mayor proporción entre los menores de 80 años, a excepción de las realizadas al Servicio de Valoración de la Dependencia que existe una mayor diferencia entre los menores de 80 años, 11,1%, y los mayores de 80 años, 25,2%, ello podría explicarse debido a que las personas a mayor edad mayor tienen probabilidad de padecer problemas de salud que



pueden conllevar cierta dependencia. Igualmente hay diferencia en las derivaciones realizadas al Área de Bienestar Social Municipal, siendo mayores en los menores de 80 años, 6,2%, que en los mayores de 80 años, 2,9%. Puesto que se están analizando casos de MPM, es importante señalar el porcentaje de derivaciones realizadas a los Órganos Judiciales, tanto en los menores, 29,6%, como en los mayores de 80 años, 32,4%, siendo donde el cómputo de derivaciones ha sido mayor. Así, ante casos de maltrato, los trabajadores sociales, no se quedan impasibles sino que movilizan y derivan a los recursos pertinentes. Es significativo el hecho de no haberse producido derivación alguna a Cáritas, quizás al ser los Servicios Sociales Comunitarios una institución pública, las derivaciones se realizan a otras instituciones también públicas.

Tabla 42 de contingencia de derivaciones recibidas de otras instituciones, por edad en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Derivado de Asociación Vecinos	<i>No</i>	78	96,3	137	98,6
	<i>Sí</i>	3	3,7	2	1,4
Derivado de Hospital	<i>No</i>	75	92,6	136	97,8
	<i>Sí</i>	6	7,4	3	2,2
Derivado de Centro Salud	<i>No</i>	78	96,3	133	95,7
	<i>Sí</i>	3	3,7	6	4,3
Derivado de Teléfono Atención al Mayor	<i>No</i>	64	79,0	112	80,6
	<i>Sí</i>	17	21,0	27	19,4
Derivado de Fuerzas Seguridad del Estado	<i>No</i>	74	91,4	126	90,6
	<i>Sí</i>	7	8,6	13	9,4
Derivado de Área Medio Ambiente y Sanidad Ayuntamiento	<i>No</i>	80	98,8	137	98,6
	<i>Sí</i>	1	1,2	2	1,4
Derivado de otras instituciones	<i>No</i>	71	87,7	131	94,2
	<i>Sí</i>	10	12,3	8	5,8

Como se muestra en la tabla 42, de los casos derivados desde diferentes instituciones a los distintos Centros de Servicios Sociales, tanto en los menores como en los mayores de 80 años, destacan los que han llegado desde el Teléfono de Atención al Mayor (en torno al 20%), seguidos por las Fuerzas de Seguridad del Estado (en torno al 9%). Respecto a los que han sido derivados desde el sistema sanitario sí existe diferencia entre los menores de 80 años (11,1%) y los mayores (6,5%), ello se podría explicar debido a que probablemente los mayores de 80 años fuesen ya casos conocidos por los Servicios Sociales.

Tabla 43 de contingencia de coordinaciones realizadas con diferentes instituciones por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Coordinación con Hospital	<i>No</i>	72	88,9	121	87,1
	<i>Sí</i>	9	11,1	18	12,9
Coordinación con Centro Salud	<i>No</i>	70	86,4	114	82,0
	<i>Sí</i>	11	13,6	26	18,0
Coordinación Delegación Bienestar Social	<i>No</i>	60	74,1	105	75,5
	<i>Sí</i>	21	25,9	34	24,5
Coordinación Centro Acogida Municipal	<i>No</i>	75	92,6	129	92,8
	<i>Sí</i>	6	7,4	10	7,2
Coordinación con Órganos Judiciales	<i>No</i>	60	74,1	106	76,3
	<i>Sí</i>	21	25,9	33	23,7
Coordinación con Fundación Tutela	<i>No</i>	79	97,5	133	95,7
	<i>Sí</i>	2	2,5	6	4,3
Coordinación Teléfono Atención al Mayor	<i>No</i>	66	91,7	130	87,8
	<i>Sí</i>	6	8,3	18	12,2
Coordinación con Gerencia Municipal Urbanismo	<i>No</i>	69	95,8	141	95,3
	<i>Sí</i>	3	4,2	7	4,7
Coordinación con Cáritas	<i>No</i>	70	97,2	144	97,3
	<i>Sí</i>	2	2,8	4	2,7
Coordinación con Residencias	<i>No</i>	69	95,8	139	93,9
	<i>Sí</i>	3	4,2	9	6,1
Coordinación con Parcemasa	<i>No</i>	72	100,0	145	98,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	3	2,0
Coordinación con Otras instituciones	<i>No</i>	51	70,8	115	77,7
	<i>Sí</i>	21	29,2	33	22,3

Como se muestra en la tabla 43, de las coordinaciones realizadas se han producido, con algunas instituciones, más entre los mayores de 80 años que entre los menores y viceversa. Respecto a las instituciones con quienes más coordinaciones se han mantenido ha sido con el sistema sanitario,

Delegación Bienestar Social y con los Órganos Judiciales. Respecto a la coordinación con Parcemasa ha sido debida a algunos casos en los que se carecía de recursos económicos para proceder a su enterramiento.

Tabla 44 de contingencia intervención Fuerzas Seguridad del Estado por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Intervención Fuerzas de Seguridad	<i>No</i>	71	87,7	119	85,6
	<i>Sí</i>	10	12,3	20	14,4

Como se aprecia en la tabla 44, las Fuerzas de Seguridad del Estado han intervenido en el 12,3% de los casos de menores de 80 años y en el 14,4% de mayores de 80 años.

Tabla 45 de contingencia de solicitud de reconocimiento de dependencia por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Se solicita reconocimiento dependencia	<i>No</i>	51	63,0	91	65,5
	<i>Sí</i>	30	37,0	48	34,5

Como se muestra en la tabla 45, no hay diferencia en la solicitud del grado de reconocimiento de dependencia relacionado con la edad, habiendo

sido algo superior para los menores de 80 años, 37%, que para los mayores, 34,5%.

Tabla 46 de contingencia de dependencia de la víctima para las actividades básicas de la vida diaria o problemas de Salud Mental por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Víctima dependiente para las ABVD	<i>No</i>	35	43,2	58	41,7
	<i>Sí</i>	46	56,8	81	58,3
Dependiente ABVD por incapacidad física	<i>No</i>	39	48,1	77	55,4
	<i>Sí</i>	42	51,9	62	44,6
Dependiente ABVD por deterioro cognitivo	<i>No</i>	48	59,3	82	59,0
	<i>Sí</i>	33	40,7	57	41,0
Víctima presenta problemas de Salud Mental	<i>No</i>	71	87,7	124	89,2
	<i>Sí</i>	10	12,3	15	10,8

Como se aprecia en la tabla 46 no existe gran diferencia entre los dos tramos de edad respecto a la dependencia de la víctima para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, aunque sí es significativo que más del 50% de las víctimas presenten dependencia ya que esto supone que más de la mitad necesitan de una tercera persona para poder realizar las ABVD. La dependencia por problemas físicos existe en mayor proporción entre los menores de 80 años, 51,9%, que entre los mayores, 44,6%, podría ser debido a que entre los mayores de 80 lo que más hay, dada la esperanza de vida, son mujeres que aunque tienen limitaciones para la realización de las ABVD las tienen en menor proporción que los hombres. Respecto al deterioro cognitivo, son prácticamente iguales. En cuanto a los problemas

de Salud Mental, también lo padecen en mayor proporción los menores de 80 años, 12,3%, que los mayores de 80, 10,8%.

Tabla 47 de contingencia de sospecha de Síndrome de Diógenes o vivienda carente de higiene por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Sospecha Síndrome Diógenes en la víctima	No	74	91,4	133	95,7
	Sí	7	8,6	6	4,3
Vivienda carente de higiene	No	54	66,7	96	69,1
	Sí	27	33,3	43	30,9

Como se muestra en la tabla 47, tanto la sospecha de un posible caso de Síndrome de Diógenes como la vivienda carente de higiene, se produce más entre los menores de 80 años. Es significativo el porcentaje tan elevado de casos, más del 30%, en los que la vivienda no se encuentra en buenas condiciones higiénicas de habitabilidad, que si le sumamos las sospechas del Síndrome, arroja un total del 41,3% en los menores de 80 y del 35,2% en los mayores de 80 años de los casos en los que la vivienda está carente de higiene y las personas no viven en buenas condiciones, lo que unido a la edad, el problema aún se acentúa más.

Tabla 48 de contingencia de las denuncias existentes y de las penas impuestas, por edad en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Existe denuncia	No	74	91,4	129	92,8
	Sí	7	8,6	10	7,2
Existen denuncias previas	No	79	97,5	133	95,7
	Sí	2	2,5	6	4,3
Se ha retirado la denuncia	No	81	100,0	139	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Se ha celebrado juicio y se ha impuesto orden alejamiento	No	78	96,3	133	95,7
	Sí	3	3,7	6	4,3
Se han impuesto otras penas	No	80	98,8	139	100,0
	Sí	1	1,2	0	0,0

Como se observa en la tabla 48, solo existen denuncias en el 8,6% y en el 7,2% de los menores y mayores de 80 años respectivamente. Ha habido denuncias previas en el 2,5% de los menores de 80 años y en el 4,3% de los mayores, lo que nos debe hacer reflexionar ya que si se han seguido produciendo los malos tratos es porque la intervención no ha sido todo lo correcta que debiera. Estos datos reflejan, como se ha dicho con anterioridad, que lo que conocemos respecto a número de casos, etc., es solo la punta del iceberg. Importante señalar que en ningún tramo de edad se ha retirado la denuncia.

Respecto a la celebración de juicio e imposición de pena de orden de alejamiento, se ha producido en el 3,7% de los menores y en el 4,3% de los mayores de 80 años.

Tabla 49 de contingencia del apoyo que recibe la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
La víctima recibe apoyo informal de la familia	No	74	91,4	123	88,5
	Sí	7	8,6	16	11,5
La víctima recibe apoyo informal de vecinos	No	73	90,1	128	92,1
	Sí	8	9,9	11	7,9
la víctima recibe apoyo informal de amigos	No	78	96,3	138	99,3
	Sí	3	3,7	1	0,7
La víctima recibe algún tipo de apoyo informal pero muy, muy esporádico	No	74	91,4	126	90,6
	Sí	7	8,6	13	9,4
La víctima recibe apoyo informal de otros	No	79	97,5	134	96,4
	Sí	2	2,5	5	3,6
La víctima no recibe ningún tipo de apoyo	No	69	85,2	118	84,9
	Sí	12	14,8	21	15,1

Como se muestra en la tabla 49, existe más apoyo informal de la familia en los mayores de 80 años, 11,5%, frente a los menores, 8,6%, probablemente debido a la edad también sean quienes necesitan más ayuda para la realización de las ABVD. Donde mayor diferencia existe entre ambos tramos de edad respecto a ayuda recibida es en la de los amigos, que reciben el 3,7% de los menores y solo el 0,7% de los mayores de 80 años, esto puede ser debido a que conforme van siendo más mayores, los amigos también van cumpliendo años y fallecen por lo que los amigos desaparecen. Destacar que en torno al 15% de las víctimas no reciben ningún tipo de apoyo, lo que significa que una gran cantidad de personas mayores no cuentan con nadie para que les pueda ayudar ni en las actividades más básicas, lo que puede justificar que, al no estar ellos en condiciones físicas



aceptables, las viviendas como se acaba de analizar no se encuentran en buenas condiciones higiénicas.

Tabla 50 de contingencia del apoyo formal que recibe el agresor por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
El agresor SI tiene apoyo formal	<i>No</i>	78	96,3	129	92,8
	<i>Sí</i>	3	3,7	10	7,2

Como se muestra en la tabla 50 solo el 3,7% de los cuidadores de víctimas menores de 80 años y el 7,2% de los mayores de 80, tienen apoyo formal. Así pues la mayoría no reciben apoyos formales por lo que puede producirse una sobrecarga en el cuidador que desemboque en claudicación o en un maltrato.

Tabla 51 de contingencia de prestaciones municipales solicitadas a la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Se ha solicitado SAD municipal	<i>No</i>	64	79,0	100	71,9
	<i>Sí</i>	17	21,0	39	28,1
Se ha solicitado teleasistencia municipal	<i>No</i>	78	96,3	127	91,4
	<i>Sí</i>	3	3,7	12	8,6
Se ha solicitado comida a domicilio	<i>No</i>	68	84,0	126	90,6
	<i>Sí</i>	13	16,0	13	9,4
Se ha solicitado residencia	<i>No</i>	73	90,1	117	84,2
	<i>Sí</i>	8	9,9	22	15,8
Se ha solicitado respiro familiar	<i>No</i>	73	90,1	135	97,1
	<i>Sí</i>	8	9,9	4	2,9
Se ha solicitado limpieza de choque	<i>No</i>	72	88,9	123	88,5
	<i>Sí</i>	9	11,1	16	11,5
Se ha solicitado desinsectación	<i>No</i>	79	97,5	134	96,4
	<i>Sí</i>	2	2,5	5	3,6
Se ha solicitado ingreso involuntario en residencia u hospital	<i>No</i>	75	92,6	123	88,5
	<i>Sí</i>	6	7,4	16	11,5
Se ha solicitado incapacitación judicial	<i>No</i>	76	93,8	120	86,3
	<i>Sí</i>	5	6,2	19	13,7
se ha solicitado Tutorización Fundación Malagueña de Tutela	<i>No</i>	80	98,8	129	92,8
	<i>Sí</i>	1	1,2	10	7,2
Se ha solicitado AENP para cobertura necesidades básicas	<i>No</i>	68	84,0	124	89,2
	<i>Sí</i>	13	16,0	15	10,8
Se ha solicitado AENP para adquisición mobiliario básico	<i>No</i>	77	95,1	132	95,0
	<i>Sí</i>	4	4,9	7	5,0
Se ha solicitado AENP para dentista	<i>No</i>	80	98,8	138	99,3
	<i>Sí</i>	1	1,2	1	0,7
Se ha solicitado AENP para ropa	<i>No</i>	81	100,0	139	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0
Se ha solicitado AENP para gafas	<i>No</i>	81	100,0	139	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0
Otros	<i>No</i>	81	100,0	136	97,8
	<i>Sí</i>	0	0,0	3	2,2

Como se muestra en la tabla 51 las prestaciones relacionadas con ayuda a domicilio, teleasistencia, ingresos en residencias, internamientos involuntarios e incapacitaciones judiciales, se han solicitado en mayor para el tramo de edad de los mayores de 80 años. Ello puede explicarse debido a que a mayor edad más probabilidad de deterioro de la salud física y/o psíquica y por tanto, mayor necesidad de dichas prestaciones e intervenciones. Llama la atención, independientemente de que se ha hecho poco uso de este recurso, la diferencia en los tramos de edad respecto a las solicitudes de plaza de respiro familiar, siendo del 9,9% en los menores de 80 y del 2,9% en los mayores de 80 años. Si la sobrecarga es un factor de riesgo de MPM, no parece lógico que no se solicite con más asiduidad el mismo. Se desconoce si no se solicita porque el usuario no quiere o porque el profesional no se lo oferta y el usuario lo desconoce.

Tabla 52 de contingencia de prestaciones municipales concedidas a la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Concedida SAD municipal	<i>No</i>	70	86,4	105	75,5
	<i>Sí</i>	11	13,6	34	24,5
Concedida teleasistencia	<i>No</i>	78	96,3	131	94,2
	<i>Sí</i>	3	3,7	8	5,8
Concedida comida a domicilio	<i>No</i>	70	86,4	126	90,6
	<i>Sí</i>	11	13,6	13	9,4
Concedida residencia	<i>No</i>	79	97,5	128	92,1
	<i>Sí</i>	2	2,5	11	7,9
Concedido respiro familiar	<i>No</i>	73	90,1	137	98,6
	<i>Sí</i>	8	9,9	2	1,4
Concedida limpieza de choque	<i>No</i>	72	88,9	124	89,2
	<i>Sí</i>	9	11,1	15	10,8
Concedida desinsectación	<i>No</i>	79	97,5	134	96,4
	<i>Sí</i>	2	2,5	5	3,6
concedido ingreso involuntario residencia	<i>No</i>	79	97,5	130	93,5
	<i>Sí</i>	2	2,5	9	6,5
Concedido ingreso involuntario hospital	<i>No</i>	78	96,3	139	100,0
	<i>Sí</i>	3	3,7	0	0,0
Concedido incapacitación judicial	<i>No</i>	78	96,3	125	89,9
	<i>Sí</i>	3	3,7	14	10,1
Concedido tutorización Fundación Malagueña Tutela	<i>No</i>	80	98,8	129	92,8
	<i>Sí</i>	1	1,2	10	7,2
Concedida AENP una sola vez	<i>No</i>	67	82,7	126	90,6
	<i>Sí</i>	14	17,3	13	9,4
Concedida AENP dos veces	<i>No</i>	80	98,8	134	96,4
	<i>Sí</i>	1	1,2	5	3,6
Concedida AENP más de dos veces	<i>No</i>	78	96,3	136	97,8
	<i>Sí</i>	3	3,7	3	2,2

Como se observa en la tabla 52, respecto a las concesiones de dichas prestaciones, se han concedido más a los mayores de 80 años, existiendo diferencias significativas, las siguientes: el servicio de ayuda a domicilio al 24,5% frente al 13,6% de los menores de 80; teleasistencia al 5,8% frente al 3,7%; la incapacitación judicial el 10,1% frente al 3,7%; el ingreso en centro residencia el 7,9% frente al 2,5%; ingreso involuntario en residencia al 6,5% frente al 2,5%; tutorización Fundación Malagueña de Tutela al 7,2% frente al 1,2% obviamente porque están más necesitados de las mismas debido a la merma en su salud motivado por la edad.

Se han concedido en mayor proporción a los menores de 80 años las siguientes: comida a domicilio al 13,6% frente al 9,4%; respiro familiar al 9,9% frente al 1,4%; ingreso involuntario en hospital al 3,7% y a ninguno de los del grupo de mayores de 80 años.

No existen diferencias significativas entre ambos tramos de edad, las siguientes: limpieza de choque, 11,1% en los menores y 10,8% en los mayores de 80 años; desinsectación 2,5% en los menores y 3,6% en los mayores.

Se puede decir que el colectivo de personas mayores de 80 años, que presenta mayor vulnerabilidad debido a su edad, tiene cierta protección social en lo referente a tener cubierta sus necesidades más básicas ya que la mayoría de las prestaciones concedidas están en relación con garantizar la cobertura de las ABVD. Igualmente, ante casos en los que los profesionales detectan un posible desamparo que pueda estar motivado por un deterioro cognitivo debido a la edad, de cara a su protección, se activa el protocolo

para que a la persona se le declare incapaz y se le asigne un tutor que en muchos casos recae en la Fundación Malagueña de Tutela.

Tabla 53 de contingencia de prestaciones de la Ley de Dependencia solicitadas a la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Solicitada SAD por dependencia	No	66	81,5	109	78,4
	Sí	15	18,5	30	21,6
Solicitada teleasistencia por dependencia	No	75	92,6	130	93,5
	Sí	6	7,4	9	6,5
Solicitado centro día por dependencia	No	79	97,5	137	98,6
	Sí	2	2,5	2	1,4
Solicitado centro residencial por dependencia	No	67	82,7	109	78,4
	Sí	14	17,3	30	21,6
Solicitada prestación económica vinculada al servicio	No	81	100,0	138	99,3
	Sí	0	0,0	1	0,7
Solicitada prestación económica para cuidados en entorno familiar	No	80	98,8	131	94,2
	Sí	1	1,2	8	5,8

Como se muestra en la tabla 53, se han solicitado más prestaciones de ayuda a domicilio entre los mayores de 80 años, 21,6%, que entre los menores, 18,5%. Igualmente con ingreso en centro residencial, 21,6% frente al 17,3%. Son las dos prestaciones que mayoritariamente se han solicitado, siendo muy similar sus porcentajes. Es preciso señalar que el SAD concedido por la Ley de Dependencia tiene una cobertura, en horas, mucho mayor que el concedido desde la Administración Local y que ambos son incompatibles, por lo que ante la concesión del SAD por dependencia, se tiene que producir la renuncia al otro por parte del usuario.

Tabla 54 de contingencia de prestaciones de la Ley de Dependencia concedidas a la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Concedida SAD por dependencia	No	68	84,0	113	81,3
	Sí	13	16,0	26	18,7
Concedida teleasistencia por dependencia	No	77	95,1	134	96,4
	Sí	4	4,9	5	3,6
Concedida centro día por dependencia	No	79	97,5	136	97,8
	Sí	2	2,5	3	2,2
Concedido centro residencial por dependencia	No	66	81,5	114	82,0
	Sí	15	18,5	25	18,0
Concedido prestación económica vinculada al servicio	No	81	100,0	139	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0
Concedida prestación económica cuidados entorno familiar	No	80	98,8	132	95,0
	Sí	1	1,2	7	5,0

Como se muestra en la tabla 54, al igual que las prestaciones más solicitadas, las más concedidas han sido el servicio de ayuda a domicilio en el 16% de los casos de los menores de 80 años y en el 18,7% de los mayores de 80, esta pequeña diferencia es lógica dado que probablemente las personas más mayores presenten mayor necesidad de cuidados motivado por la edad y el ingreso en centro residencial, 18,5% en los menores de 80 y 18% en los mayores. De los centros de día aún hoy se hace poco uso de los mismos, debido a que muchos lo desconocen, otros no quieren asistir y otros tienen dificultades para estar preparados a la hora que vienen a recogerlos. Se han concedido en el 2,5% de los menores de 80 y en el 2,2% en los mayores de 80 años. Respecto a la prestación económica por cuidados en el

entorno familiar cabe destacar que en los menores de 80 años ha sido mínima su solicitud, 1,2%, no así entre los mayores de 80 años, 5%, si tenemos en cuenta que un porcentaje importante de los agresores son los cuidadores, esta prestación no se debería hacer mucho uso de ella y si es que se ha concedido, estar muy pendientes del desarrollo de la misma. No se tiene constancia de que se haya concedido prestación económica vinculada al servicio.

Tabla 55 de contingencia del tipo de maltrato recibido por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
Maltrato físico	No	60	74,1	105	75,5
	Sí	22	27,2	34	24,5
Maltrato psicológico	No	55	67,9	100	71,9
	Sí	28	34,6	39	28,1
Maltrato económico	No	62	76,5	118	84,9
	Sí	19	23,5	21	15,1
Maltrato sexual	No	80	98,8	139	100,0
	Sí	1	1,2	0	0,0
Negligencia	No	59	72,8	78	56,1
	Sí	24	29,6	65	46,8
Abandono	No	53	65,4	87	62,6
	Sí	29	35,8	53	38,1
Violación derechos	No	77	95,1	128	92,1
	Sí	4	4,9	11	7,9
Autonegligencia/autoabandono	No	67	82,7	124	89,2
	Sí	13	16	15	10,8
Se desconoce tipo maltrato	No	79	97,5	131	94,2
	Sí	5	6,2	8	5,8



Como se muestra en la tabla 55, los tipos de maltrato más frecuentes recogidos en cualquier clasificación (físico, psicológico, económico), se da en mayor proporción en los menores de 80 años que en los mayores, concretamente maltrato físico en el 27,2% frente al 24,5%; psicológico en el 34,6% frente al 28,1% y económico en el 23,5% frente al 15,1%. Mientras que el abandono es a la inversa, 34,6% frente al 38,1%; la violación de derechos, 4,9% frente al 7,9% y la negligencia, 27,2% frente al 46,8%, produciéndose más en los mayores de 80 años, siendo ésta última donde existe mayor diferencia entre los dos tramos de edad, además de ser el tipo de maltrato que existe en una proporción mayor. Con respecto a la autonegligencia/autoabandono, a la que algunos no consideran maltrato, se da más entre los menores de 80 años, 16% que entre los mayores, 10,8%. El abuso sexual solo se da en mujeres menores de 80 años y en un porcentaje pequeño.

Tabla 56 de contingencia de agresiones recibidas por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
La víctima recibe maltrato por más de una persona	<i>No</i>	68	84,0	1116	83,5
	<i>Sí</i>	13	16,0	23	16,5
Agredida en más de una ocasión	<i>No</i>	68	94,4	135	91,2
	<i>Sí</i>	4	5,6	13	8,8

Como se muestra en la tabla 56, tanto los menores como los mayores de 80 años son agredidos en igual proporción por más de una persona, 16% y 16,5% respectivamente. Respecto a ser agredidos en más de una ocasión, los menores de 80 lo son en un 5,6% y los mayores de 80 en un 8,8%, esta diferencia en los porcentajes en cuanto a ser agredidos en más de una ocasión, en los mayores de 80 años, quizás se explicaría por ser este grupo de población más vulnerable debido a la edad y/o porque al ser más mayor, llevan más años siendo víctimas y ha habido más tiempo para que se pueda volver a producir el maltrato.

Tabla 57 de contingencia de aislamiento social de la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Aislamiento Social de la víctima	<i>No</i>	59	72,8	89	64,0
	<i>Sí</i>	20	27,2	50	36,0

Como se muestra en la tabla 57, un porcentaje bastante considerable de las víctimas tienen aislamiento social, concretamente el 27,2% de los menores de 80 y el 36% de los mayores de 80 años. Aunque en los dos tramos de edad existe un aislamiento social de la víctima, es mucho más importante el aislamiento de los mayores de 80 años ya que conforme se van cumpliendo años, la persona se va volviendo más vulnerable y si, además, la víctima carece de una red de apoyo y está aislada va a ser aún más difícil detectar el maltrato.

Tabla 58 de contingencia de la dependencia económica y convivencia del agresor con la víctima por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
El agresor SI depende económicamente de la víctima	No	66	81,5	109	78,4
	Sí	15	18,5	30	21,6
El agresor SI convive con la víctima	No	48	59,3	81	58,3
	Sí	33	40,7	58	41,7
El Agresor convive con la víctima y otros familiares	No	80	98,8	134	96,4
	Sí	1	1,2	5	3,6
El agresor carece de vivienda propia	No	65	80,2	109	78,4
	Sí	16	19,8	30	21,6
El agresor necesita la vivienda de la víctima para vivir	No	66	81,5	111	79,9
	Sí	15	18,5	28	20,1
El agresor se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima	No	79	97,5	131	94,2
	Sí	2	2,5	8	5,8

Como se muestra en la tabla 58, el 18,5% de los agresores de los menores de 80 y el 21,6% de mayores de 80 años dependen económicamente de su víctima. Un alto porcentaje de agresores conviven con ellas, 40,7% de los menores de 80 y el 41,7% de los mayores de 80 años. Sólo un 1,2% de los menores de 80 y un 3,6% de los mayores de 80 años conviven con el agresor y otros familiares. El 19,8% de los agresores de los menores de 80 y el 21,6% de los mayores, carece de vivienda propia y necesitan la vivienda de la víctima para vivir el 18,5% de los agresores de los menores de 80 y el 20,1% de los mayores de 80 años. Un pequeño porcentaje de agresores necesita la vivienda de la víctima tras haberse separado y haber tenido que volver con la víctima, 2,5% de los menores y 5,8% de los mayores de 80 años.

Ante esta situación, en la que un porcentaje muy elevado de agresores conviven con sus víctimas en muchas ocasiones por necesidad, se hace aún más difícil el que la víctima denuncie. El agresor suele ser un familiar cercano (pareja o hijos) que necesita convivir con la víctima por lo que se le añade a ésta un problema de conciencia al carecer aquel de vivienda y no tener donde irse a vivir.

Tabla 59 de contingencia de los apoyos recibidos por el cuidador-agresor por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
El agresor SI es el cuidador principal	<i>No</i>	61	75,3	97	69,8
	<i>Sí</i>	20	24,7	42	30,2
El agresor SI recibe apoyo de otros cuidadores familiares	<i>No</i>	77	95,1	132	95,0
	<i>Sí</i>	4	4,9	7	5,0
El agresor SI tiene apoyo formal	<i>No</i>	78	96,3	129	92,8
	<i>Sí</i>	3	3,7	10	7,2
El agresor SI tiene apoyo informal	<i>No</i>	80	98,8	138	99,3
	<i>Sí</i>	1	1,2	1	0,7
Se ha producido claudicación familiar	<i>No</i>	79	97,5	133	95,7
	<i>Sí</i>	2	2,5	6	4,3
El agresor percibe ayuda por cuidador familiar (dependencia)	<i>No</i>	80	98,8	139	100,0
	<i>Sí</i>	1	1,2	0	0,0

Como se muestra en la tabla 59, en el 30,2% de los mayores de 80 años su agresor es el cuidador principal y en el 24,7% de los menores de 80. Éstos reciben muy poca ayuda por parte de otros familiares (4,9% y 5% respectivamente) e igualmente muy pocos cuentan con ayuda formal (3,7% y 7,2%). Importante destacar que se ha producido claudicación familiar en

el 4,3% de los cuidadores de los mayores de 80 años y en el 2,5% de los menores de 80. Resulta obvio que mientras más edad tenga la persona, mayor necesidad de cuidados precisa y, por consiguiente, mayor estrés y sobrecarga para el cuidador lo que puede desencadenar en una claudicación de los cuidados. Es preciso señalar que únicamente el 1,2% de los cuidadores de los menores de 80 años, ninguno de los mayores de 80, percibe prestación económica por cuidados en el entorno familiar, este hecho es positivo pues deja entrever la preocupación de los profesionales respecto a la protección de las personas mayores, que sería incompatible con esta prestación.

Tabla 60 de contingencia de consumo de tóxicos y problemas de salud del agresor por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
El agresor consume alcohol	<i>No</i>	74	91,4	116	83,5
	<i>Sí</i>	7	8,6	23	16,5
El agresor consume drogas ilegales	<i>No</i>	76	93,8	125	89,9
	<i>Sí</i>	5	6,2	14	10,1
El agresor necesita el dinero de la víctima para el consumo	<i>No</i>	77	95,1	135	97,1
	<i>Sí</i>	4	4,9	4	2,9
El agresor tiene problemas de salud físicos	<i>No</i>	80	98,8	133	95,7
	<i>Sí</i>	1	1,2	6	4,3
El agresor tiene problemas de salud psicológicos-psiquiátricos	<i>No</i>	73	90,1	117	84,2
	<i>Sí</i>	8	9,9	22	15,8
El agresor SI está en tratamiento	<i>No</i>	80	98,8	129	92,8
	<i>Sí</i>	1	1,2	10	7,2
El agresor NO está en tratamiento	<i>No</i>	79	97,5	135	97,1
	<i>Sí</i>	2	2,5	4	2,9
El agresor está en tratamiento pero no lo sigue adecuadamente	<i>No</i>	79	97,5	136	97,8
	<i>Sí</i>	2	2,5	3	2,2

Como se muestra en la tabla 60, entre los agresores de las víctimas mayores de 80 años se consume más alcohol (16,5%), más drogas ilegales (10,1%), tienen más problemas de salud tanto físicos (4,3%) como psicológicos (15,8%) que entre los menores de 80 años (8,6%, 6,2%, 1,2% y 9,9% respectivamente). Si sumamos el consumo de alcohol y otras drogas, el porcentaje es considerable, resultando un 26,6% de consumo en los cuidadores de mayores de 80 y un 14,8% en los menores de 80 años. Se podría explicar la diferencia de porcentaje entre los dos tramos de edad debido a que, se supone, que quienes cuidan de los más mayores, llevan más

años por lo que pueden estar más sobrecargados y consumir tóxicos como vía de escape o evasión. Respecto a los problemas de salud que pueda padecer el agresor, destacan los psicológico/psiquiátricos siendo del 15,8% en los mayores de 80 y del 9,9% en los menores, que unido al consumo de tóxicos puede ser aún más peligroso de cara a infringir maltrato, ya que solo están en tratamiento el 7,2% de los mayores de 80 y el 1,2% de los menores de 80 años, aunque no lo siguen adecuadamente el 2,2% de los mayores de 80 y el 2,5% de los menores de 80 años.

Tabla 61 de contingencia de trato inadecuado sufrido por el agresor y de amenazas y agresiones previa cometidas por éste por edad, en frecuencias y porcentajes.

		Edad			
		Menores de 80 años		Mayores de 80 años	
		F	%	F	%
El agresor ha sufrido trato inadecuado con anterioridad por parte de la víctima	No	79	97,5	138	99,3
	Sí	2	2,5	1	0,7
El agresor ha cometido agresiones previas a la víctima	No	79	97,5	135	97,1
	Sí	2	2,5	4	2,9
El agresor ha cometido amenazas previas	No	77	95,1	136	97,8
	Sí	4	4,9	3	2,2
El agresor agrede además a otros familiares	No	80	98,8	131	94,2
	Sí	1	1,2	9	6,5

Como se muestra en la tabla 61, sólo una pequeña proporción de agresores ha sufrido trato inadecuado por parte de la víctima, concretamente el 2,5% en los menores de 80 y el 0,7% en los mayores de 80 años. Ha cometido agresiones previas a su víctima en el 2,5% de los menores de 80 y en el 2,9% en los mayores de 80. Ha realizado amenazas previas en el 4,9%

de s menores de 80 y en el 2,2% de mayores de 80 años. En el caso de los que agreden a personas mayores de 80 años, en el 6,5% de los casos agreden además a otros familiares, frente al 1,2% que lo hacen los que agreden a personas menores de 80 años.



Tabla 62 de contingencia de relación de parentesco entre víctima y agresor por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		F	%	F	%
El agresor es el esposo/pareja	<i>No</i>	70	86,4	136	97,8
	<i>Sí</i>	11	13,6	3	2,2
El agresor es la esposa/pareja	<i>No</i>	80	98,8	136	97,8
	<i>Sí</i>	1	1,2	3	2,2
El agresor es el ex-esposo/ex-pareja	<i>No</i>	80	98,8	138	99,3
	<i>Sí</i>	1	1,2	1	0,7
El agresor es la ex-esposa/ex-pareja	<i>No</i>	80	98,8	139	100,0
	<i>Sí</i>	1	1,2	0	0,0
El agresor es el hijo	<i>No</i>	48	59,3	67	48,2
	<i>Sí</i>	33	40,7	72	51,8
El agresor es la hija	<i>No</i>	61	75,3	110	79,1
	<i>Sí</i>	20	24,7	29	20,9
El agresor es el yerno	<i>No</i>	81	100,0	138	99,3
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	0,7
El agresor es la nuera	<i>No</i>	81	100,0	134	96,4
	<i>Sí</i>	0	0,0	5	3,6
El agresor es el hermano	<i>No</i>	81	100,0	138	99,3
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	0,7
El agresor es la hermana	<i>No</i>	79	97,5	135	97,1
	<i>Sí</i>	2	2,5	4	2,9
El agresor es el sobrino	<i>No</i>	77	95,1	135	97,1
	<i>Sí</i>	4	4,9	4	2,9
El agresor es la sobrina	<i>No</i>	80	98,8	134	96,4
	<i>Sí</i>	1	1,2	5	3,6
El agresor es el conviviente no familiar	<i>No</i>	79	97,5	136	97,8
	<i>Sí</i>	2	2,5	3	2,2
El agresor es el cuidador/a formal	<i>No</i>	81	100,0	138	99,3
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	0,7
El agresor es el nieto	<i>No</i>	79	97,5	138	99,3
	<i>Sí</i>	2	2,5	1	0,7
El agresor es Otros	<i>0</i>	79	97,5	135	97,1
	<i>Hombre</i>	0	0,0	1	0,7
	<i>Mujer</i>	2	2,5	3	2,2
Se desconoce la relación de parentesco víctima-agresor	<i>No</i>	81	100,0	138	99,3
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	0,7

Como se muestra en la tabla 62, quien más agrede, en los dos tramos de edad, es nuevamente el varón, siendo mayoritariamente el hijo.

Respecto a los menores de 80 años, agreden en orden de importancia: el hijo, 40,7%; la hija, 24,7%; el esposo/pareja, 13,6%; el sobrino, 4,9%; la hermana, el conviviente no familiar, “otros” mujer o el nieto, 2,5%; la esposa/pareja, el exesposo/expareja, la exesposa/expareja o la sobrina, 1,2%.

En cuanto a los mayores de 80 años: el hijo, 51,8%; la hija, 20,9%; la nuera o la sobrina, 3,6%; la hermana, 2,9%; el esposo/pareja, la esposa/pareja, el conviviente no familiar u “otros” mujer, 2,2%; el yerno, el hermano, el cuidador formal, “otros” hombre o el nieto, 0,7%

Tabla 63 de contingencia de las relaciones familiares por edad, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Edad</b>			
		<i>Menores de 80 años</i>		<i>Mayores de 80 años</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas	<i>No</i>	58	71,6	112	80,6
	<i>Sí</i>	23	28,4	27	19,4
Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas	<i>No</i>	71	87,7	125	89,9
	<i>Sí</i>	10	12,3	14	10,1
Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar	<i>No</i>	63	77,8	117	84,2
	<i>Sí</i>	18	22,2	22	15,8

Como se muestra en la tabla 63, existen más problemas entre los familiares de las víctimas menores de 80 años: relaciones paterno filiales deterioradas 28,4% en los menores de 80 y 19,4% en los mayores de 80 años; relaciones entre hijos deterioradas 12,3% y 10,1% respectivamente y

relaciones deterioradas de toda la unidad familiar 22,2% y 15,8% respectivamente. El hecho de que las relaciones familiares estén deterioradas hace aún más difícil la intervención y existe mayor probabilidad que desemboque en un maltrato.

A continuación se analizan, igualmente, mediante tablas de contingencia las características de la víctima en relación a su estado civil.

*Tablas de contingencia en relación al estado civil de la víctima*

Tabla 64 de contingencia de derivaciones realizadas a diferentes instituciones por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado /a</i>	
		<b>F</b>		<b>F</b>		<b>F</b>		<b>F</b>	
Derivación a	<i>No</i>	34	77,3	33	67,3	72	67,9	9	56,3
Órganos	<i>Sí</i>	10	22,7	16	32,7	34	32,1	7	43,8
Judiciales									
Delegación	<i>No</i>	38	86,4	43	87,8	93	87,7	14	87,5
Bienestar Social	<i>Sí</i>	6	13,6	6	12,2	13	12,3	2	12,5
Centro Salud	<i>No</i>	43	97,7	49	100,0	102	96,2	16	100,0
	<i>Sí</i>	1	2,3	0	0,0	4	3,8	0	0,0
Hospital	<i>No</i>	42	95,5	48	98,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	2	4,5	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Área Bienestar	<i>No</i>	43	97,7	47	95,9	102	96,2	15	93,8
Social Municipal	<i>Sí</i>	1	2,3	2	4,1	4	3,8	1	6,3
Área Salubridad	<i>No</i>	40	90,9	47	95,9	102	96,2	15	93,8
Municipal	<i>Sí</i>	4	9,1	2	4,1	4	3,8	1	6,3
Centro	<i>No</i>	43	97,7	47	95,9	105	99,1	15	93,8
Municipal 3ª	<i>Sí</i>	1	2,3	2	4,1	1	0,9	1	6,3
Edad									
Servicio	<i>No</i>	33	75,0	41	83,7	84	79,2	14	87,5
Valoración	<i>Sí</i>	11	25,0	8	16,3	22	20,8	2	12,5
Dependencia									
Comedor Santo	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	105	99,1	16	100,0
Domingo	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Cáritas	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cruz Roja	<i>No</i>	44	100,0	48	98,0	105	99,1	15	93,8
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	2,0	1	0,9	1	6,3
Otras	<i>No</i>	41	93,2	44	89,8	97	91,5	13	81,3
instituciones	<i>Sí</i>	3	6,8	5	10,2	9	8,5	3	18,8

Como se observa en la tabla 64, respecto a las derivaciones realizadas a las diferentes instituciones, donde mayoritariamente se han realizado han sido a los Órganos Judiciales y al Servicio de Valoración de la Dependencia. Concretamente a los Órganos Judiciales han sido divorciados (43,8), seguidos de casados (32,7), viudos (32,1) y en menor medida solteros (22,7). Llama la atención el porcentaje tan elevado de divorciados que casi duplica al de solteros, estando en concordancia con otros estudios donde se concluye que las personas mayores viudas, separadas o divorciadas son más proclives a experimentar malos tratos (DeFour, 2012; Jürschik et al, 2013), por contra en otros serían las personas solteras y que viven solas quienes tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato (Abdel Raman y El Gaafary, 2012; Pérez-Cárceles, 2009), no encontrando unanimidad al respecto. En cuanto a las derivaciones al Servicio Valoración de la Dependencia se invierte un poco el orden y ha sido solteros el 25, viudos el 20,8, casados el 16,3 y divorciados el 12,5. Resaltar que entre los divorciados no se ha producido derivación alguna al sistema sanitario.

Tabla 65 contingencia derivaciones realizadas desde diferentes instituciones por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Derivado de Asociación Vecinos	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	102	96,2	15	93,8
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	4	3,8	1	6,3
Derivado de Hospital	<i>No</i>	43	97,7	47	95,9	103	97,2	13	81,3
	<i>Sí</i>	1	2,3	2	4,1	3	2,8	3	18,8
Derivado de Centro Salud	<i>No</i>	40	90,9	49	100,0	102	96,2	15	93,8
	<i>Sí</i>	4	9,1	0	0,0	4	3,8	1	6,3
Derivado de Teléfono Atención al Mayor	<i>No</i>	38	86,4	36	73,5	85	80,2	14	87,5
	<i>Sí</i>	6	13,6	13	26,5	21	19,8	2	12,5
Derivado de Fuerzas de Seguridad del Estado	<i>No</i>	40	90,9	48	98,0	94	88,7	14	87,5
	<i>Sí</i>	4	9,1	1	2,0	12	11,3	2	12,5
Derivado de Área Medio Ambiente y Sanidad Ayuntamiento	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	103	97,2	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	3	2,8	0	0,0
Derivado de otras instituciones	<i>No</i>	38	86,4	46	93,9	99	93,4	14	87,5
	<i>Sí</i>	6	13,6	3	6,1	7	6,6	2	12,5

Como se muestra en la tabla 65, fundamentalmente son tres las instituciones o áreas desde donde proceden la mayoría de derivaciones, Sistema Sanitario, Teléfono de Atención al Mayor y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Desde el Sistema Sanitario, solteros 11,4, casados 4,1, viudos 6,6 y divorciados 25,1. Respecto al Teléfono de Atención al Mayor, solteros 13,6, casados 26,5, viudos 19,8 y divorciados 12,5. Fuerzas Seguridad del Estado, solteros 9,1, casados 2, viudos 11,3 y divorciados 12,5. Importante resaltar la labor que se realiza desde el Teléfono de Atención al Mayor de cara a la detección de situaciones de maltrato, ya que ha supuesto el mayor número de derivaciones, concretamente el 26,5 entre las personas casadas, quizás el tener la posibilidad de realizar algo tan fácil como una llamada telefónica, sea una vía fantástica para que una persona se decida a comunicar su situación, máxime cuando es en relación a su pareja y desde allí activar el protocolo.

Tabla 66 de contingencia de coordinaciones realizadas con diferentes instituciones por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>		<b>F</b>		<b>F</b>		<b>F</b>	
Coordinación con Hospital	<i>No</i>	36	81,8	47	95,9	91	85,8	14	87,5
	<i>Sí</i>	8	18,2	2	4,1	15	14,2	2	12,5
Centro Salud	<i>No</i>	32	72,7	44	89,8	91	85,8	12	75,0
	<i>Sí</i>	12	27,3	5	10,2	15	14,2	4	25,0
Delegación Bienestar Social	<i>No</i>	32	72,7	37	75,5	81	76,4	10	62,5
	<i>Sí</i>	12	27,3	12	24,5	25	23,6	6	37,5
Centro Acogida Municipal	<i>No</i>	38	86,4	47	95,9	99	93,4	15	93,8
	<i>Sí</i>	6	13,6	2	4,1	7	6,6	1	6,3
Órganos Judiciales	<i>No</i>	33	75,0	40	81,6	76	71,7	12	75,0
	<i>Sí</i>	11	25,0	9	18,4	30	28,3	4	25,0
Fundación Tutela	<i>No</i>	43	97,7	49	100,0	99	93,4	16	100,0
	<i>Sí</i>	1	2,3	0	0,0	7	6,6	0	0,0
Teléfono Atención al Mayor	<i>No</i>	40	90,9	44	89,8	92	86,8	15	93,8
	<i>Sí</i>	4	9,1	5	10,2	14	13,2	1	6,3
Gerencia Municipal Urbanismo	<i>No</i>	41	93,2	47	95,9	102	96,2	16	100,0
	<i>Sí</i>	3	6,8	2	4,1	4	3,8	0	0,0
Cáritas	<i>No</i>	42	95,5	48	98,0	103	97,2	16	100,0
	<i>Sí</i>	2	4,5	1	2,0	3	2,8	0	0,0
Cruz Roja	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residencias	<i>No</i>	39	88,6	48	98,0	101	95,3	15	93,8
	<i>Sí</i>	5	11,4	1	2,0	5	4,7	1	6,3
Parcemasa	<i>No</i>	44	100,0	48	98,0	105	99,1	15	93,8
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	2,0	1	0,9	1	6,3
Otras instituciones	<i>No</i>	35	79,5	40	81,6	78	73,6	9	56,3
	<i>Sí</i>	9	20,5	9	18,4	28	26,4	7	43,8



Como se muestra en la tabla 66, el mayor número de coordinaciones se han realizado con el sistema sanitario (solteros 45,5, casados 14,3, viudos 28,4 y divorciados 37,5), con la Delegación de Bienestar Social (solteros 27,3, casados 24,5, viudos 23,6 y divorciados 37,5) y con los Órganos Judiciales (solteros 25, casados 18,4, viudos 28,3 y divorciados 25). Resulta obvio que al ser personas mayores, que pueden estar sufriendo un trato inadecuado, con problemas de salud y con necesidad de cuidados y protección, sea con estas instituciones con las que mayoritariamente se trabaje y, por consiguiente, la coordinación es constante y fluida.

Aunque en las derivaciones recibidas se vio que una gran mayoría provienen del teléfono de Atención al Mayor, el que no se produzca mucha coordinación (solteros 9,1, casados 10,2, viudos 13,2 y divorciados 6,3) es debido a que, una vez notificado el caso, el mismo se trabaja ya con otras instituciones, pues el teléfono únicamente sirve como vía de información pero sus profesionales no continúan trabajando con el caso.

Tabla 67 de contingencia de la intervención de las Fuerzas de Seguridad por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Estado Civil</b>							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Intervención	<i>No</i>	39	88,6	40	81,6	93	87,7	14	87,5
Fuerzas de Seguridad	<i>Sí</i>	5	11,4	9	18,4	13	12,3	2	12,5

Como se muestra en la tabla 67 la intervención de las Fuerzas de Seguridad ha sido significativa habiendo actuado en el 18,4 de los casos de las personas casadas, el 12,5 de las divorciadas, el 12,3 de las viudas y en el 11,4 de las solteras. Aunque la diferencia entre los diferentes tipo de estado civil no es muy significativa, es importante señalar que entre quienes mayoritariamente han tenido que intervenir ha sido con las personas casadas o viviendo en pareja.

Tabla 68 de contingencia de reconocimiento del grado de dependencia por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Se solicita reconocimiento dependencia	No	32	72,7	28	57,1	70	66,0	8	50,0
	Sí	12	27,3	21	42,9	36	34,0	8	50,0
Se solicita revisión grado por agravamiento	No	39	88,6	41	83,7	93	87,7	15	93,8
	Sí	5	11,4	8	16,3	13	12,3	1	6,3
Se reconoce nuevo grado	No	43	97,7	46	93,9	103	97,2	16	100,0
	Sí	1	2,3	3	6,1	3	2,8	0	0,0

Como se muestra en la tabla 68 en porcentaje, entre quienes más se solicita el reconocimiento del grado de dependencia es entre los divorciados, 50; seguido de los casados, 42,9; viudos, 34,0 y solteros 27,3. Respecto a solicitar una revisión por agravamiento de su salud, se ha hecho en el 16,3 de los casados, 12,3 de los viudos, 11,4 de los solteros y 6,3 de los divorciados. Se ha reconocido nuevo grado de dependencia en el 6,1 de las

personas casadas, 2,8 de las viudas y 2,3 de las solteras, no habiendo ninguna entre las divorciadas.

Tabla 69 de contingencia de la situación de dependencia de la víctima por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Víctima dependiente para las ABVD	No	15	34,1	17	34,7	51	48,1	8	50,0
	Sí	29	65,9	32	65,3	55	51,9	8	50,0
Dependiente ABVD por incapacidad física	No	16	36,4	24	49,0	65	61,3	9	56,3
	Sí	28	63,6	25	51,0	41	38,7	7	43,8
Dependiente ABVD por deterioro cognitivo	No	21	47,7	28	57,1	67	63,2	10	62,5
	Sí	23	52,3	21	42,9	39	36,8	6	37,5
Víctima presenta problemas de Salud Mental	No	37	84,1	45	91,8	96	90,6	14	87,5
	Sí	7	15,9	4	8,2	10	9,4	2	12,5

Como se muestra en la tabla 69, existe entre las víctimas un gran porcentaje que presentan dependencia para la realización de las ABVD, concretamente el 65,9 de los solteros, el 65,3 de los casados, el 51,9 de los viudos y el 50.0 de los divorciados. La dependencia que presentan está relacionada en mayor medida por problemas de salud físicos (63,6 en solteros, 51 en casados, 43,8 en divorciados y 38,7 en viudos) que por deterioro cognitivo (52,3 solteros, 42,9 casados, 37,5 divorciados y 36,8 viudos).

En relación a los problemas de salud mental que puedan padecer las víctimas, contrario a lo que recoge alguna literatura respecto a ser un factor de riesgo, el porcentaje es bastante inferior a la dependencia (15,9 en solteros, 12,5 en divorciados, 9,4 en viudos y 8,2 en casados) en relación a los problemas relacionados con la imposibilidad que presentan para la realización de las ABVD.

Tabla 70 de contingencia de sospecha Síndrome Diógenes y situación de la vivienda por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sospecha	<i>No</i>	39	88,6	47	95,9	102	96,2	14	87,5
Síndrome	<i>Sí</i>	5	11,4	2	4,1	4	3,8	2	12,5
Diógenes en la víctima									
Vivienda carente	<i>No</i>	18	40,9	38	77,6	79	74,5	11	68,8
de higiene	<i>Sí</i>	26	59,1	11	22,4	27	25,5	5	31,3

Como se muestra en la tabla 70 la sospecha de padecer Síndrome de Diógenes existe en mayor proporción entre los divorciados (12,5%) y solteros (11,4%) que entre los casados (4,1%) y viudos (3,8%). Respecto a tener la vivienda carente de higiene, igualmente se da más entre las personas solteras (59,1%) y las divorciadas (31,3%) que entre las viudas (25,5%) o casadas (22,4%). Muchos de los casos de viviendas en malas condiciones higiénico-sanitarias y con gran acumulo de cosas inservibles, probablemente también sean Síndrome de Diógenes pero no han sido catalogadas así por los profesionales, por lo que el número de casos aumentaría

considerablemente. Existe algún autor que incluye este síndrome como una tipología más de MPM (Tabueña, 2006).

Tabla 71 de contingencia de las denuncias realizadas por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Existe denuncia	<i>No</i>	43	97,7	44	89,8	96	90,6	16	100,0
	<i>Sí</i>	1	2,3	5	10,2	10	9,4	0	0,0
Existen denuncias previas	<i>No</i>	43	97,7	46	93,9	102	96,2	16	100,0
	<i>Sí</i>	1	2,3	3	6,1	4	3,8	0	0,0
Se ha retirado la denuncia	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Se ha celebrado juicio y se ha impuesto multa	<i>No</i>	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Se ha celebrado juicio y se ha impuesto orden alejamiento	<i>No</i>	43	97,7	44	89,8	104	98,1	16	100,0
	<i>Sí</i>	1	2,3	5	10,2	2	1,9	0	0,0
Se han impuesto otras penas	<i>No</i>	44	100,0	48	98,0	106	100,0	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0

Como se muestra en la tabla 71 el presentar una denuncia ante un caso de maltrato es aún escaso y se puede considerar la punta del iceberg. Se han interpuesto denuncia en el 10,2% de los casos de casados, en el 9,4% de los viudos y en el 2,3% de los solteros. Respecto a la existencia de denuncias previas, había en el 6,1% de los casados, 3,8% de los viudos y 2,3% de los

solteros. Según se recoge en la tabla, se ha celebrado juicio e impuesto pena, concretamente orden de alejamiento, en el 10,2% de los casados, 2,3% de los solteros y en el 1,9% de los viudos. Respecto a las personas divorciadas no consta nada. Es importante señalar que en ningún caso se ha retirado la denuncia.

Lo que se debería tener en consideración analizando esta tabla es el hecho de que haya habido personas que habían presentado denuncias previas y que deberían de haber recibido protección desde las instituciones de cara a prevenir otra situación de maltrato, pero esto no se ha producido.

Tabla 72 de contingencia del tipo del apoyo que recibe la víctima por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
La víctima recibe apoyo informal de la familia	No	40	90,9	46	93,9	92	86,8	14	87,5
	Sí	4	9,1	3	6,1	14	13,2	2	12,5
apoyo informal de vecinos	No	40	90,9	45	91,8	98	92,5	13	81,3
	Sí	4	9,1	4	8,2	8	7,5	3	18,8
de amigos	No	42	95,5	49	100,0	106	100,0	14	87,5
	Sí	2	4,5	0	0,0	0	0,0	2	12,5
apoyo informal pero muy, muy esporádico	No	40	90,9	46	93,9	99	93,4	11	68,8
	Sí	4	9,1	3	6,1	7	6,6	5	31,3
apoyo informal de otros	No	42	95,5	48	98,0	102	96,2	16	100,0
	Sí	2	4,5	1	2,0	4	3,8	0	0,0
no recibe ningún tipo de apoyo	No	34	77,3	45	91,8	89	84,0	15	93,8
	Sí	10	22,7	4	8,2	17	16,0	1	6,3
Aislamiento Social de la víctima	No	26	59,1	40	81,6	68	64,2	11	68,8
	Sí	18	40,9	9	18,4	38	35,8	5	31,3

Como se muestra en la tabla 72 el apoyo que recibe la víctima es muy escaso. Respecto a los solteros no reciben ningún tipo de apoyo el 22,7%; lo reciben de la familia, vecinos, o de forma muy, muy esporádica el 9,1%, y el 4,5% de los amigos. En cuanto a los casados no reciben ningún tipo de apoyo el 8,2%; lo reciben de los vecinos el 8,2%; de la familia o de forma muy, muy esporádica el 6,1%. Los viudos no reciben ningún tipo de apoyo el 16%; reciben apoyo de la familia el 13,2%; de los vecinos el 7,5%; muy, muy esporádico el 6,6%. Los divorciados no reciben ningún tipo de apoyo el 6,3; reciben muy, muy esporádico el 31,3%; de vecinos el 18,8%; de la familia y de los amigos el 12,5%. Como se aprecia en la tabla quienes reciben mayor apoyo, ya sea por unos o por otros, son los divorciados y los que menos los casados quizás porque el hecho de vivir en pareja, acompañado, sea entendido como que necesitan menor apoyo.

El problema no es solo la carencia de apoyo o que este sea escaso, sino la existencia de un gran aislamiento social de la víctima, que como quedó expuesto con anterioridad que es un factor de riesgo bastante importante. Existe aislamiento social en el 40,9% de los solteros; 35,8% de los viudos; 31,3% de los divorciados y en el 18,4% de los casados. La bajada en los casados se debe a que por su estado civil, se supone que la persona no está sola y aislada pues tiene a su pareja. Preocupante el dato del aislamiento social en el que se encuentran las personas solteras ya que aún va a resultar más complicado la detección del maltrato.

Tabla 73 de contingencia de las prestaciones municipales solicitadas a la víctima por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
SAD municipal	No	30	68,2	35	71,4	84	79,2	11	68,8
	Sí	14	31,8	14	28,6	22	20,8	5	31,3
teleasistencia municipal	No	44	100,0	43	87,8	98	92,5	15	93,8
	Sí	0	0,0	6	12,2	8	7,5	1	6,3
comida a domicilio	No	36	81,8	39	79,6	99	93,4	15	93,8
	Sí	8	18,2	10	20,4	7	6,6	1	6,3
residencia	No	36	81,8	42	85,7	93	87,7	14	87,5
	Sí	8	18,2	7	14,3	13	12,3	2	12,5
respiro familiar	No	42	95,5	43	87,8	104	98,1	14	87,5
	Sí	2	4,5	6	12,2	2	1,9	2	12,5
limpieza de choque	No	35	79,5	44	89,8	99	93,4	13	81,3
	Sí	9	20,5	5	10,2	7	6,6	3	18,8
desinsectación	No	40	90,9	49	100,0	104	98,1	16	100,0
	Sí	4	9,1	0	0,0	2	1,9	0	0,0
ingreso invol. residencia u hospital	No	37	84,1	45	91,8	97	91,5	15	93,8
	Sí	7	15,9	4	8,2	9	8,5	1	6,3
incapacitación judicial	No	40	90,9	44	89,8	93	87,7	15	93,8
	Sí	4	9,1	5	10,2	13	12,3	1	6,3
Tutorización Fundación Malagueña AENP	No	39	88,6	49	100,0	100	94,3	16	100,0
	Sí	5	11,4	0	0,0	6	5,7	0	0,0
necesidades básicas	No	38	86,4	42	85,7	97	91,5	11	68,8
	Sí	6	13,6	7	14,3	9	8,5	5	31,3
AENP mobiliario	No	40	90,9	46	93,9	103	97,2	15	93,8
	Sí	4	9,1	3	6,1	3	2,8	1	6,3
AENP dentista	No	44	100,0	49	100,0	104	98,1	16	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0
AENP para ropa	No	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
AENP gafas	No	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros	No	41	93,2	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	Sí	3	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0



Como se muestra en la tabla 73, en todos los tipos de estado civil, la prestación más solicitada ha sido el servicio de ayuda a domicilio (SAD).

Entre las personas solteras se ha solicitado en el 31,8% de los casos el SAD; ayuda económica extraordinaria en el 22,7%; limpieza de choque en el 20%; centro residencial o comida a domicilio en el 18,2%; ingreso involuntario en residencia u hospital en el 15,9%; tutorización de la Fundación Malagueña de Tutela en el 11,4%; incapacitación judicial o desinsectación en el 9,1% y respiro familiar en el 4,5%.

Respecto a los casados en el 28,6% se ha solicitado el SAD; en el 20,4% el servicio de comida domicilio o ayuda económica extraordinaria; en el 14,3% ingreso en centro residencial; en el 12,2% teleasistencia o respiro familiar; en el 10,2% limpieza de choque o incapacitación judicial y en el 8,2% ingreso involuntario en residencia u hospital. No ha sido necesario solicitar la intervención de la Fundación Malagueña de Tutela, ni ha habido ningún caso en el que se haya precisado llevar a cabo una desinsectación en el domicilio. El hecho de ser parejas y no convivir solos puede explicar lo anterior, ya que aunque uno de los componentes presente cierta incapacitación, el otro cónyuge puede ser el responsable de su tutela. Respecto a la higiene en la vivienda el convivir dos personas también puede servir como efecto amortiguador.

En relación a los viudos el SAD también es la prestación más solicitada, 20,8%; seguida de ayuda económica extraordinaria, 13,2%; ingreso en centro residencial e incapacitación judicial, 12,3%; ingreso involuntario en residencia u hospital, 8,5%; teleasistencia 7,5%; comida a domicilio o

limpieza de choque 6,6%; intervención Fundación Malagueña de Tutela, 5,7%; desinsectación y respiro familiar 1,9%.

Por último entre las personas divorciadas o separadas, lo más solicitado ha sido la ayuda económica extraordinaria, 37,6%, seguida del SAD, 31,3%; limpieza de choque 18,8%; ingreso en residencia o respiro familiar, 12,5%; teleasistencia, comida a domicilio, ingreso involuntario en residencia u hospital e incapacitación judicial, 6,3%. De todos es sabido como las pensiones hoy día son pequeñas y, ante un caso de separación matrimonial, el hecho de tener que compartirla con la ex pareja debido a la manutención que se haya impuesto en la sentencia de separación, hace que aún más los ingresos se vean mermados necesitando este colectivo de ayuda económicas extraordinarias para poder dar respuesta a sus necesidades más básicas, de ahí que suba el porcentaje de solicitud de esta prestación.

Tabla 74 de contingencia de relación de prestaciones municipales concedidas por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

			Estado Civil							
			Soltero/a		Casado/a-pa		Viudo/a		Divorciado/a	
			F	%	F	%	F	%	F	%
SAD municipal	No		33	75,0	41	83,7	85	80,2	12	75,0
	Sí		11	25,0	8	16,3	21	19,8	4	25,0
teleasistencia	No		44	100,0	45	91,8	100	94,3	15	93,8
	Sí		0	0,0	4	8,2	6	5,7	1	6,3
comida a domicilio	No		36	81,8	41	83,7	99	93,4	15	93,8
	Sí		8	18,2	8	16,3	7	6,6	1	6,3
residencia	No		39	88,6	47	95,9	100	94,3	16	100,0
	Sí		5	11,4	2	4,1	6	5,7	0	0,0
respiro familiar	No		42	95,5	44	89,8	104	98,1	15	93,8
	Sí		2	4,5	5	10,2	2	1,9	1	6,3
limpieza de choque	No		35	79,5	44	89,8	100	94,3	13	81,3
	Sí		9	20,5	5	10,2	6	5,7	3	18,8
desinsectación	No		40	90,9	49	100,0	104	98,1	16	100,0
	Sí		4	9,1	0	0,0	2	1,9	0	0,0
ingreso involuntario residencia	No		40	90,9	49	100,0	100	94,3	16	100,0
	Sí		4	9,1	0	0,0	6	5,7	0	0,0
ingreso involuntario hospital	No		43	97,7	48	98,0	105	99,1	16	100,0
	Sí		1	2,3	1	2,0	1	0,9	0	0,0
incapacitación judicial	No		40	90,9	47	95,9	96	90,6	15	93,8
	Sí		4	9,1	2	4,1	10	9,4	1	6,3
tutorización Fundac. Malagueña	No		39	88,6	49	100,0	100	94,3	16	100,0
Tutela	Sí		5	11,4	0	0,0	6	5,7	0	0,0
AENP una sola vez	No		37	84,1	43	87,8	96	90,6	13	81,3
	Sí		7	15,9	6	12,2	10	9,4	3	18,8
AENP dos veces	No		42	95,5	48	98,0	104	98,1	15	93,8
	Sí		2	4,5	1	2,0	2	1,9	1	6,3
AENP más de dos	No		43	97,7	48	98,0	104	98,1	14	87,5
	Sí		1	2,3	1	2,0	2	1,9	2	12,5

Como se muestra en la tabla 74, de todas las prestaciones solicitadas, la que en mayor porcentaje se ha concedido ha sido la del SAD. Ello es importante ya que es la prestación que, dado que se está hablando de un colectivo de personas mayores, va a permitir que la persona pueda seguir en su hábitat y en su entorno y cuente con el apoyo suficiente para no tener que ingresar en un centro residencial, lo cual hoy día no es del agrado de la mayoría de este grupo etario.

Entre los solteros se ha concedido SAD en el 25% de los casos; limpieza de choque en el 20,5%; comida domicilio en el 18,2%; o ayuda económica extraordinaria una vez en el 15,9%; comida a domicilio en el 12,8%; centro residencial, o tutorización Fundación Malagueña de Tutela en el 11,4%; ingreso involuntario en residencia, desinsectación o incapacitación judicial en el 9,1%; respiro familiar o ayuda económica extraordinaria dos veces en el 4,5%; ingreso involuntario en hospital o ayuda económica en más de dos ocasiones en el 2,3% de los casos.

Respecto a los casados se ha concedido las prestaciones más concedidas han sido el SAD y el servicio de comida a domicilio, 16,3%. La bajada del SAD respecto a los solteros se explicaría ya que al ser dos personas las que viven en la casa, entre ambos, podrían realizar con mayor o menor dificultad las tareas más básicas del hogar, mientras que la subida de la comida a domicilio estaría justificada porque quizás les supondría mayor esfuerzo las compras y/o elaboración de los alimentos. Le sigue la ayuda económica una sola vez, 12,2%; limpieza de choque o respiro familiar 10,2%; teleasistencia, 8,2%; centro residencial o incapacitación judicial, 4,1%; ingreso

involuntario en hospital, ayuda económica dos veces o más de dos veces, 2%. Entre los casados es donde en menor porcentaje se solicita la incapacitación judicial, el hecho de ser dos personas puede que actúe como efecto amortiguador.

En relación a los viudos se ha concedido SAD en el 19,8% de los casos; incapacitación judicial o ayuda económica una sola vez en el 9,4%; comida a domicilio, 6,6%; teleasistencia, limpieza de choque o intervención Fundación Malagueña de Tutela , 5,7%; respiro familiar, desinsectación, ayuda económica dos veces o más de dos veces, 1,9% e ingreso involuntario en hospital, 0,9%.

Entre los divorciados se ha concedido SAD o ayuda económica una vez en el 25% de los casos; limpieza de choque o ayuda económica una vez en el 18,8; ayuda económica más de dos veces en el 12,5; teleasistencia, comida a domicilio, respiro familiar, incapacitación judicial o ayuda económica dos veces en el 6,3. No se tiene constancia de que se haya concedido plaza en centro residencial o ingreso involuntario a pesar de que ambos fueron solicitados.

De todas las prestaciones concedidas, lo que más llama la atención es la cantidad de ayudas económicas extraordinarias concedidas entre las personas divorciadas. Como se dijo anteriormente esto es un reflejo de las bajas pensiones que tienen las personas mayores que, ante un caso de separación o divorcio, aún pueden verse más mermadas no siendo suficientes para cubrir las necesidades básicas, por lo que tienen que recurrir a solicitar dicha prestación económica no periódica.

Es preciso señalar que la solicitud de prestaciones sociales, no es un hecho que se realice de inmediato sino que toma forma y sentido dentro de todo un proceso de intervención profesional que conlleva diferentes y variadas actuaciones tales como información, entrevistas, valoración, visitas domiciliarias, recogida de documentación, coordinación con diferentes profesionales de otras instituciones implicadas, etc. La concesión o denegación de las mismas tampoco se produce de inmediato, lo que implica que durante ese periodo de tiempo, el profesional en la mayoría de las veces tiene que hacer de “contención” y acompañamiento del caso.

Tabla 75 de contingencia de prestaciones sociales solicitadas por la Ley de Dependencia por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
SAD	No	36	81,8	33	67,3	87	82,1	14	87,5
	Sí	8	18,2	16	32,7	19	17,9	2	12,5
Teleasistencia	No	43	97,7	44	89,8	98	92,5	15	93,8
	Sí	1	2,3	5	10,2	8	7,5	1	6,3
Centro día	No	42	95,5	47	95,9	106	100,0	16	100,0
	Sí	2	4,5	2	4,1	0	0,0	0	0,0
Centro residencial	No	31	70,5	36	73,5	90	84,9	14	87,5
	Sí	13	29,5	13	26,5	16	15,1	2	12,5
Prestación económica vinculada al servicio	No	43	97,7	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	Sí	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prestación económica para cuidados en entorno familiar	No	42	95,5	48	98,0	101	95,3	15	93,8
	Sí	2	4,5	1	2,0	5	4,7	1	6,3

Como se muestra en la tabla 75 en las prestaciones solicitadas por dependencia no sucede lo mismo que las solicitadas a nivel municipal, donde lo que mayoritariamente se solicita es el SAD. En este caso está muy igualada con las solicitudes de plaza en centro residencial.

Entre los solteros se ha solicitado en primer lugar el centro residencial en el 29,5% de los casos, seguido del SAD en el 18,2%; centro de día o

prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 4,5% y teleasistencia o prestación económica vinculada al servicio en el 2,3%.

Entre los casados en primer lugar el SAD, 32,7%, seguido del centro residencial, 26,5%; teleasistencia 10,2%; centro de día 4,1% y prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 2%.

Respecto a los viudos, SAD en el 17,9% de los casos; centro residencial en el 15,1%; teleasistencia en el 7,5%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 4,7%.

Los divorciados, el SAD o centro residencial en el 12,5% de los casos; teleasistencia o prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 6,3%.

Resaltar que solo se ha solicitado la prestación económica vinculada al servicio en el 2,3 de los casos de personas solteras. Por otro lado también se debe estar muy seguro de la idoneidad o no de solicitar la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, ya que anteriormente se ha visto como muchos de los agresores son los cuidadores principales por lo que dicha prestación debería estar totalmente contraindicada. Sería conveniente solicitar más los servicios (SAD, teleasistencia, centros de día, de noche, residenciales) que las prestaciones (económicas), amén de que éste es el espíritu de la Ley ya que considera que los servicios deben tener carácter prioritario.



Tabla 76 de contingencia de prestaciones de la Ley de Dependencia concedidas por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
SAD	No	36	81,8	35	71,4	90	84,9	15	93,8
	Sí	8	18,2	14	28,6	16	15,1	1	6,3
Teleasistencia	No	43	97,7	46	93,9	102	96,2	15	93,8
	Sí	1	2,3	3	6,1	4	3,8	1	6,3
Centro día	No	42	95,5	47	95,9	105	99,1	16	100,0
	Sí	2	4,5	2	4,1	1	0,9	0	0,0
Centro residencial	No	33	75,0	36	73,5	93	87,7	13	81,3
	Sí	11	25,0	13	26,5	13	12,3	3	18,8
Prestación económica vinculada al servicio	No	44	100,0	49	100,0	106	100,0	16	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prestación económica cuidados entorno familiar	No	43	97,7	48	98,0	101	95,3	15	93,8
	Sí	1	2,3	1	2,0	5	4,7	1	6,3

Como se muestra en la tabla 76 los servicios que más se han concedido han sido SAD y centro residencial. En ningún caso se ha concedido prestación económica vinculada al servicio.

Respecto a los solteros en primer lugar ingreso en centro residencial, 25%; a continuación SAD, 18,2%; centro de día, 4,5%; teleasistencia, o prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 2,3%.

Entre los casados, SAD en el 28,6%; centro residencial, 26,5%; teleasistencia 6,1%; centro de día, 4,1%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar, 2%.

En los viudos, SAD en el 15,1%; centro residencial en el 12,3%; prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 4,7%; teleasistencia 3,8%; centro de día, 0,9%.

Entre los divorciados, centro residencial en el 18,8% de los casos; SAD, teleasistencia o prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el 6,3%. No se ha concedido centro de día ya que tampoco se solicitó.

Es preciso aclarar que, desde que se implanta la Ley de Dependencia, para poder ingresar en un centro residencial únicamente se puede acceder a través de la misma, o bien como caso de exclusión social o Síndrome de Diógenes.

Tabla 77 de contingencia de relación de tipos de maltrato por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/ a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Maltrato físico	No	38	86,4	28	57,1	79	74,5	15	93,8
	Sí	6	13,6	21	42,9	28	26,4	1	6,3
Maltrato psicológico	No	40	90,9	27	55,1	70	66,0	14	87,5
	Sí	4	9,1	22	44,9	38	35,8	2	12,5
Maltrato económico	No	36	81,8	42	85,7	83	78,3	15	93,8
	Sí	8	18,2	7	14,3	23	21,7	1	6,3
Maltrato sexual	No	44	100,0	48	98,0	10	100,0	16	100,0
	Sí	0	0,0	1	2,0	6	0	0	0,0
Negligencia	No	28	63,6	35	71,4	58	54,7	12	75,0
	Sí	17	38,6	16	32,7	51	48,1	4	25,0
Abandono	No	27	61,4	38	77,6	65	61,3	6	37,5
	Sí	18	40,9	12	24,5	41	38,7	10	62,5
Violación derechos	No	43	97,7	48	98,0	95	89,6	14	87,5
	Sí	1	2,3	1	2,0	11	10,4	2	12,5
Autonegligencia/autoabandono	No	27	61,4	44	89,8	10	95,3	14	87,5
	Sí	17	38,6	4	8,2	1	0	2	12,5
Se desconoce tipo maltrato	No	40	90,9	45	91,8	94	88,7	15	93,8
	Sí	2	4,5	2	4,1	6	5,7	1	6,3

Como se muestra en la tabla 77 dependiendo del estado civil se da más un tipo de maltrato que otro. Así entre los solteros lo que más existe es el abandono, 40,9; seguido de la negligencia o del autoabandono/autonegligencia, 38,6%; del económico, 18,2%; el físico, 13,6%; psicológico, 9,1%; violación de derechos, 2,3%. Entre las personas

solteras, que por regla general, no tienen hijos u otros familiares muy cercanos que se preocupen por ellos, puede entenderse que lo que más se produzca sean casos de negligencia, abandono y autoabandono.

Entre los casados sobresalen, respecto a los otros tipos de maltrato, el psicológico, 55,1%, y el físico, 42,9%. Estos datos son escalofrantes ya que casi la mitad de las personas casadas son víctimas de maltrato tanto psicológico como físico. Como se ha dicho, muchos de los agresores son los esposos, por lo que no es de extrañar este porcentaje tan elevado, máxime cuando la víctima no suele denunciar por miedo, vergüenza, ser un familiar tan cercano, etc. La negligencia, 32,7%; abandono, 24,5%; económico en el 14,3%; autoabandono en el 8,2% y la violación de derechos en el 2% de los casos.

En los viudos lo que más existe es la negligencia, 48,1%, seguido del abandono, 38,7%, el maltrato psicológico, 35,8%, físico, 26,4%, económico, 21,7%, violación de derechos, 10,4% y por último autoabandono, 4,7%.

Respecto a los divorciados, abandono en el 62,5% de los casos; negligencia en el 25%; maltrato psicológico, violación de derechos o autoabandono en el 12,5%; físico o económico en el 6,3%.

Señalar que solo se ha recogido un caso de maltrato o abuso sexual, que ha sido entre los casados, concretamente la víctima es mujer. Resaltar el porcentaje tan elevado de personas divorciadas que sufren abando (62,5%). Entre las personas solteras llama la atención la gran cantidad de casos existentes de autoabandono/autonegligencia, quizás el hecho simplemente

de su estado civil puede llevar aparejado una “desidia” o falta de interés por mantener unos autocuidados. Las personas casadas o viudas son las que mayoritariamente sufren maltrato psicológico y físico, se justificaría por la convivencia de la pareja, luego en este caso el vivir acompañado y que se supone que ello implica cierto apoyo, no es así sino todo lo contrario, es un factor de riesgo y no de protección. El maltrato físico se produce menos entre los solteros o divorciados, probablemente el hecho de que puedan estar viviendo solos justifique el hecho. Sin embargo sí que se da menos entre los casados la negligencia y el abandono. Por último señalar que el maltrato económico se produce indistintamente en los diferentes tipos de estado civil, bajando entre los divorciados.

Tabla 78 de contingencia de las agresiones recibidas por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Agredida por más de una persona	<i>No</i>	42	95,5	45	91,8	100	94,3	15	93,8
	<i>Sí</i>	2	4,5	4	8,2	6	5,7	1	6,3
Agredida en más de una ocasión	<i>No</i>	42	95,5	41	83,7	99	93,4	16	100,0
	<i>Sí</i>	2	4,5	8	16,3	7	6,6	0	0,0

Como se muestra en la tabla 78 las personas casadas son agredidas en mayor proporción en más de una ocasión, 16,3%, y por más de una persona, 8,2%. Los viudos son agredidos en más de una ocasión en el 6,6% y por más de una persona en el 5,7%. En los divorciados solo consta que son

agredidos por más de una persona en el 6,3%. En general los solteros son los que reciben menos agresiones por más de una persona o de forma reiterada (4,5%), así pues el ser personas solteras que viven solas, se puede convertir en un factor de protección como se recoge en alguna de la bibliografía consultada.

Tabla 79 de contingencia de la dependencia económica del agresor y necesidad de la vivienda de la víctima por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

			Estado Civil							
			Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
			F	%	F	%	F	%	F	%
El agresor depende económicamente de la víctima	No		37	84,1	38	77,6	82	77,4	13	81,3
	Sí		7	15,9	11	22,4	24	22,6	3	18,8
El agresor convive con la víctima	No		34	77,3	25	51,0	56	52,8	10	62,5
	Sí		10	22,7	24	49,0	50	47,2	6	37,5
convive con la víctima y otros familiares	No		42	95,5	46	93,9	105	99,1	16	100,0
	Sí		2	4,5	3	6,1	1	0,9	0	0,0
El agresor carece de vivienda propia	No		39	88,6	38	77,6	81	76,4	12	75,0
	Sí		5	11,4	11	22,4	25	23,6	4	25,0
necesita la vivienda de la víctima para vivir	No		39	88,6	40	81,6	80	75,5	13	81,3
	Sí		5	11,4	9	18,4	26	24,5	3	18,8
El agresor se ha separado y ha tenido que volver a vivir con la víctima	No		44	100,0	48	98,0	97	91,5	16	100,0
	Sí		0	0,0	1	2,0	9	8,5	0	0,0

Como se muestra en la tabla 79 en un gran porcentaje los agresores suelen ser personas que carecen de recursos económicos y dependen económicamente de la víctima (solteros el 15,9%; casados el 22,4%; viudos el 22,6% y divorciados el 18,8%), además de vivir con ésta (solteros 22,7%,

casados 49%, viudos 47,2% y divorciados 37,2%) y necesitar dicha vivienda por carecer de una. Solo en un pequeño porcentaje viven además otras personas en el mismo domicilio (4,5% solteros, 6,1% casados y 0,9% viudos) que podría ser un factor de protección. En algunos casos, sobre todo de los agresores de personas viudas, el agresor ha vuelto a vivir con la víctima tras una separación matrimonial y no disponer de otra vivienda (8,5%). Tanto la dependencia económica como el hecho de convivir juntos es un problema importante, sobre todo si los agresores son los hijos, volviéndose los padres más reticentes a presentar denuncia ya que son conscientes de la vulnerabilidad de su hijo y lo que podría llevar consigo la misma.

Tabla 80 de contingencia respecto a si el agresor es el cuidador principal por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Estado Civil</b>							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
El agresor SI es el cuidador principal	<i>No</i>	39	88,6	33	67,3	72	67,9	11	68,8
	<i>Sí</i>	5	11,4	16	32,7	34	32,1	5	31,3

Como se muestra en la tabla 80 un porcentaje bastante considerable de agresores son los cuidadores principales con lo que eso significa, ya que si quien te agrede es quién te cuida y se supone que quién te protege, se puede entender que la víctima tenga aún más dificultades para reconocer el maltrato y denunciarlo. Concretamente entre los solteros son sus cuidadores

principales el 11,4%; en los casados el 32,7%, en los viudos el 32,1% y en los divorciados el 31,3%.

Tabla 81 de contingencia de los apoyos recibidos por el agresor por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
SI recibe apoyo de otros cuidadores familiares	<i>No</i>	43	97,7	47	95,9	99	93,4	15	93,8
	<i>Sí</i>	1	2,3	2	4,1	7	6,6	1	6,3
SI tiene apoyo formal	<i>No</i>	42	95,5	46	93,9	98	92,5	16	100,0
	<i>Sí</i>	2	4,5	3	6,1	8	7,5	0	0,0
SI tiene apoyo informal	<i>No</i>	44	100,0	48	98,0	106	100,0	15	93,8
	<i>Sí</i>	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	6,3
Se ha producido o claudicación familiar	<i>No</i>	44	100,0	46	93,9	101	95,3	16	100,0
	<i>Sí</i>	0	0,0	3	6,1	5	4,7	0	0,0

Como se muestra en la tabla 81 los agresores que son los cuidadores principales, prácticamente no reciben apoyo de ningún tipo, ni formal, ni informal ni de otros familiares. Respecto los que cuidan a personas solteras únicamente reciben apoyo formal en el 4,5% de los casos, de otros familiares en el 2,3%. Los que cuidan a casados tienen apoyo formal el



6,1%, de otros familiares el 4,1%, apoyo informal (de amigos, vecinos, etc) el 2% y se ha producido claudicación en el 6,1% de los casos. Los que cuidan a los viudos reciben apoyo formal el 7,5%, de otros familiares el 6,6%, no teniendo ningún otro tipo de apoyo informal y se ha producido claudicación en el 4,7%. Por último en relación a los que cuidan a los viudos, no reciben apoyo formal ni se ha producido claudicación familiar, aunque sí lo reciben de otros familiares o de otro tipo de apoyo informal en el 6,3%.

El hecho de que el cuidador principal tenga algún tipo de apoyo es muy importante ya que el cuidado en solitario y continuado conlleva una sobrecarga importante que puede desembocar en maltrato y/o en una claudicación de dichos cuidados, pudiéndose prevenir simplemente con algún tipo de apoyo que le haga más llevara la tarea de cuidar.

Tabla 82 de contingencia sobre el consumo de tóxicos del agresor por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
El agresor consume alcohol	No	39	88,6	41	83,7	91	85,8	15	93,8
	Sí	5	11,4	8	16,3	15	14,2	1	6,3
El agresor consume drogas ilegales	No	42	95,5	43	87,8	98	92,5	15	93,8
	Sí	2	4,5	6	12,2	8	7,5	1	6,3
El agresor necesita el dinero de la víctima para el consumo	No	44	100,0	46	93,9	102	96,2	15	93,8
	Sí	0	0,0	3	6,1	4	3,8	1	6,3

Como se muestra en la tabla 82, el 11,4% de los agresores que maltratan a solteros consumen alcohol, el 16,3% a casados, el 14,2% a viudos y el 6,3% a divorciados. En menor medida consumen otras drogas ilegales, necesitando en algunos casos el dinero de la víctima para dicho consumo. Concretamente aquellos que agreden a personas solteras consumen otras drogas ilegales en el 4,5% de los casos, a casados en el 12,2%, a viudos en el 7,5% y a divorciados en el 6,3%. Necesitan el dinero de la víctima para el consumo el 6,1% de los que agreden a casados, el 3,8% a viudos y el 6,3% a divorciados.

El consumo de tóxicos por parte del agresor es considerado un factor de riesgo, en el presente análisis existe dicho consumo a unos niveles importantes, llegando al 28,5% entre los que agreden a personas casadas, al 21,7% a los viudos, al 15,9% a los solteros y al 12,6% a los divorciados. De cara a una prevención o detección del maltrato se debería tener muy en cuenta y estar pendiente de un posible consumo de tóxicos por parte del cuidador como uno de los factores de riesgo posible.

Tabla 83 de contingencia de relación de problemas de salud en el agresor por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
El agresor tiene problemas de salud físicos	No	44	100,0	48	98,0	101	95,3	15	93,8
	Sí	0	0,0	1	2,0	5	4,7	1	6,3
El agresor tiene problemas de salud psicológicos- psiquiátricos	No	41	93,2	39	79,6	91	85,8	14	87,5
	Sí	3	6,8	10	20,4	15	14,2	2	12,5
El agresor SI está en tratamiento	No	43	97,7	45	91,8	100	94,3	16	100,0
	Sí	1	2,3	4	8,2	6	5,7	0	0,0
El agresor está en tratamiento pero no lo sigue adecuadamente	No	42	95,5	47	95,9	105	99,1	16	100,0
	Sí	2	4,5	2	4,1	1	0,9	0	0,0

Como se muestra en la tabla 83 un porcentaje de agresores tienen problemas relacionados con su salud física y/o psíquica, siendo estos últimos más importantes en cuanto a porcentajes. Los que agreden a los solteros padecen problemas psicológicos el 6,8%, no constando físicos. Únicamente está en tratamiento el 2,3% y no lo siguen adecuadamente el 4,5%. Los que agreden a casados presentan problemas físicos el 2% y psicológicos el 20,4%, estando en tratamiento el 8,2% y no lo siguen adecuadamente el 4,1%. Respecto a los que agreden a viudos tienen problemas físicos el 4,7% y psicológicos el 14,2%, estando en tratamiento el 5,7% y no lo sigue adecuadamente el 0,9%. Respecto a los divorciados

presentan problemas físicos el 6,3% y psicológicos, 12,5%, no habiendo constancia de que estén en tratamiento. Como se ha dicho, es mucho más significativo y existen más problemas entre los agresores de índole psicológico-psiquiátrico que físico. Las enfermedades relacionadas con la salud mental son complicadas y más aún si no se sigue el tratamiento adecuado correctamente, siendo un factor de riesgo importante para el desencadenamiento del maltrato.

Tabla 84 de contingencia de relación previa entre víctima y agresor, si ha cometido amenazas o agresiones previas o agrede a otros familiares por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
El agresor ha sufrido trato inadecuado con anterioridad por parte de la víctima	No	44	100,0	48	98,0	104	98,1	16	100,0
	Sí	0	0,0	1	2,0	2	1,9	0	0,0
El agresor ha cometido agresiones previas a la víctima	No	44	100,0	46	93,9	103	97,2	16	100,0
	Sí	0	0,0	3	6,1	3	2,8	0	0,0
El agresor ha cometido amenazas previas	No	44	100,0	48	98,0	100	94,3	16	100,0
	Sí	0	0,0	1	2,0	6	5,7	0	0,0
El agresor agrede además a otros familiares	No	43	97,7	44	89,8	104	98,1	16	100,0
	Sí	2	4,5	5	10,2	2	1,9	0	0,0

Como se muestra en la tabla 84, el agresor ha sufrido trato inadecuado con anterioridad por parte de la víctima en el 2% de los casos de casados y en el 1,9% de viudos. El agresor ha cometido agresiones previas a la víctima en el 6,1% de los casados y en el 2,8% de los viudos y amenazas en el 2% y en el 5,7% respectivamente. No hay constancia de solteros y de divorciados. Con respecto a si agrede también a otros familiares, se da en el 4,5% de solteros; 10,2% de casados y 1,9% de viudos.

Es importante tener en cuenta que el mayor porcentaje de agresiones previas se da entre los casados (6,1%), probablemente porque el agresor sea la pareja. Importante igualmente que el 10,2% de los que agreden a casados, agreden también a otros familiares.

Aunque en la bibliografía consultada unos de los factores de riesgo es el que el agresor haya sido víctima previamente, en el presente análisis este dato no se corrobora ya que el porcentaje ha sido mínimo.

Tabla 85 de contingencia de víctimas que reciben maltrato por más de un agresor por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		<i>Soltero/a</i>		<i>Casado/a- pareja</i>		<i>Viudo/a</i>		<i>Divorciado/a</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
La víctima recibe maltrato por más de una persona	<i>No</i>	37	84,1	42	85,7	89	84,0	12	75,0
	<i>Sí</i>	7	15,9	7	14,3	17	16,0	4	25,0

Como se muestra en la tabla 85 un porcentaje significativo de víctimas recibe maltrato por más de un agresor, concretamente entre los divorciados

el 25%, los viudos el 16%, los solteros el 15,9% y los casados 14,3% de los casos. Este hecho quizás sea uno de los que más diferencia el maltrato a personas mayores de otras formas de violencia doméstica, sobre todo de la violencia de género, ya que en este caso la víctima únicamente recibe maltrato por parte de su pareja y no por ninguna otra persona más.

Tabla 86 de contingencia de relación de parentesco entre víctimas y agresores por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
El agresor es el	No	44	100,0	36	73,5	105	99,1	16	100,0
esposo/pareja	Sí	0	0,0	13	26,5	1	0,9	0	0,0
El agresor es la	No	43	97,7	47	95,9	105	99,1	16	100,0
esposa/pareja	Sí	1	2,3	2	4,1	1	0,9	0	0,0
El agresor es el ex-	No	44	100,0	48	98,0	105	99,1	16	100,0
esposo/ex-pareja	Sí	0	0,0	1	2,0	1	0,9	0	0,0
El agresor es la ex-	No	44	100,0	49	100,0	106	100,0	15	93,8
esposa/ex-pareja	Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
El agresor es el hijo	No	35	79,5	29	59,2	40	37,7	9	56,3
	Sí	9	20,5	20	40,8	66	62,3	7	43,8
El agresor es la hija	No	42	95,5	38	77,6	78	73,6	9	56,3
	Sí	2	4,5	11	22,4	28	26,4	7	43,8
El agresor es el yerno	No	44	100,0	49	100,0	105	99,1	16	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
El agresor es la nuera	No	43	97,7	48	98,0	104	98,1	15	93,8
	Sí	1	2,3	1	2,0	2	1,9	1	6,3
El agresor es el	No	44	100,0	49	100,0	105	99,1	16	100,0
hermano	Sí	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
El agresor es la	No	41	93,2	49	100,0	103	97,2	16	100,0
hermana	Sí	3	6,8	0	0,0	3	2,8	0	0,0
El agresor es el	No	38	86,4	49	100,0	104	98,1	16	100,0
sobrino	Sí	6	13,6	0	0,0	2	1,9	0	0,0
El agresor es la	No	38	86,4	49	100,0	106	100,0	16	100,0
sobrina	Sí	6	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
El agresor es el	No	43	97,7	49	100,0	103	97,2	15	93,8
conviviente no	Sí	1	2,3	0	0,0	3	2,8	1	6,3
familiar									
El agresor es el	No	44	100,0	49	100,0	105	99,1	16	100,0
cuidador/a formal	Sí	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
El agresor es el nieto	No	44	100,0	48	98,0	105	99,1	15	93,8
	Sí	0	0,0	1	2,0	1	0,9	1	6,3
El agresor es “Otros”	Hombre	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Mujer	0	0,0	2	4,1	2	1,9	0	0,0
Se desconoce la	No	44	100,0	49	100,0	105	99,1	16	100,0
relación de	Sí	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
parentesco									

Según se observa en la tabla 86, en general los agresores son en mayor proporción varones que mujeres.

Respecto a quien agrede a los solteros/as: el hijo, 20,5%; el sobrino o la sobrina, 13,6%; la hermana, 6,8%; la pareja, la nuera, el conviviente no familiar u “otros” varon, 2,3%.

En relación a los casados/as: el hijo, 40,8%; el esposo/pareja, 26,5%; la hija, 22,4%; la esposa/pareja u “otros” mujer, 4,1%; el exesposo/expareja, la nuera o el nieto, 2%. Entre los casados agreden mayoritariamente los componentes de la unidad familiar, encontrándose raramente casos de agresores de 2ª línea de filiación.

En lo referente a los viudos/as: el hijo, 62,3%; la hija, 26,4%; la hermana o el conviviente no familiar, 2,8%; la nuera o el sobrino, 1,9%; el esposo, la esposa, el exesposo, el yerno, el hermano, el cuidador formal o el nieto, 0,9%. Se podría decir que a los viudos los agreden fundamentalmente los hijos, seguidos, aunque en un porcentaje bastante inferior, por las hijas.

Respecto a los divorciados/as: en igual proporción los hijos y las hijas, 43,8%; la exesposa, la nuera o el conviviente no familiar, 6,3%.

En general, quienes mayoritariamente agreden son los hijos, seguidos en menor proporción por las hijas, aunque entre los casados agreden en un porcentaje bastante importante los esposos o esposos (28,5% en total), sin embargo las esposas o exesposas lo hacen en mucha menor proporción (4,1%).



Tabla 87 de contingencia de las relaciones familiares por estado civil, en frecuencias y porcentajes.

		Estado Civil							
		Soltero/a		Casado/a- pareja		Viudo/a		Divorciado/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas	No	42	95,5	34	69,4	79	74,5	11	68,8
	Sí	2	4,5	15	30,6	27	25,5	5	31,3
Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas	No	44	100,0	44	89,8	88	83,0	15	93,8
	Sí	0	0,0	5	10,2	18	17,0	1	6,3
Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar	No	40	90,9	37	75,5	84	79,2	14	87,5
	Sí	4	9,1	12	24,5	22	20,8	2	12,5

Como se muestra en la tabla 87, las relaciones familiares, en general, están bastante deterioradas, concretamente el 9,1% de los solteros; el 24,5% de los casados; el 20,8% de los viudos y el 12,5% de los divorciados. En cuanto a las relaciones paterno filiales deterioradas, el 6,4 de los solteros; el 30,6% de los casados; el 25,5% de los viudos y el 31,3% de los divorciados. Relaciones deterioradas entre los hijos de las víctimas, el 10,2% de los casados; el 17% de los viudos y el 6,3% de los divorciados. Entre quienes más problemas existen y las relaciones familiares, en general, se encuentran más deterioradas es entre las víctimas que están casadas.

*Tablas de contingencia en relación al sexo del agresor/a.*

En primer lugar señalar, como se dijo con anterioridad, que los agresores varones suponen el 58,7% del total frente al 41,3% de mujeres agresoras, estando en concordancia con la literatura.

A continuación se analiza la relación existente entre el sexo del agresor y los diferentes tipos de maltrato para verificar que, mayoritariamente, en todos los tipos de maltrato el agresor es varón. Para ello se realizan varias tablas de contingencias y la prueba estadística de  $\chi^2$ .

Tabla 88. Sexo agresor y maltrato físico

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	69	59	128
		<b>%</b>	63,9	77,6	69,6
	Sí	<b>F</b>	39	17	56
		<b>%</b>	36,1	22,4	30,4
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 88 se puede observar la distribución de frecuencias y porcentajes en la relación entre el sexo del agresor y el maltrato físico. Se advierte que hay un porcentaje superior de agresores varones (36,1%) que de mujeres (22,4%) que infringen maltrato físico, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,97$ ,  $p = ,03$ . El maltrato físico es el tercero que infringen los varones en orden de importancia, precedido en primer lugar por la negligencia y seguido por el maltrato psicológico. Existen investigaciones que concluyen que es más probable que se produzca maltrato físico en las personas mayores cuando éstas han sido víctimas de

maltrato físico o sexual antes de los 65 años (DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012). En esta investigación no se tiene constancia de quienes han sufrido maltrato antes de los 65 años. Aunque el maltrato físico en la mayoría de las investigaciones actuales no es el que más predomina, sí es una de las tipologías clásicas que se tienen en cuenta ya que, como se dijo con anterioridad, fue la primera por la que los investigadores empezaron a interesarse pues el concepto de maltrato, en sus inicios, aparecía restringido al maltrato físico dirigido hacia la mujer mayor dentro del contexto familiar (Baker, 1975). En la actualidad no se produce únicamente en mujeres, sino también en varones, quedando patente en este estudio que tanto lo sufren como lo infringen más los varones que las mujeres.

Tabla 89. Sexo agresor y maltrato psicológico.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	65	53	118
		<b>%</b>	60,2	69,7	64,1
	Sí	<b>F</b>	43	23	66
		<b>%</b>	39,8	30,3	35,9
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 89 aunque también hay mayor porcentaje de varones que de mujeres que maltratan psicológicamente, la diferencia es menor, (39,8% varones y 30,3% mujeres), no siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 1,76$ ,  $p = ,12$ . Existen muchas investigaciones en las que este tipo de maltrato es el que ocurre en mayor proporción (Lachs et al., 2011; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008) siendo las víctimas fundamentalmente mujeres

(Yaffé, Wolfson, Lithwick y Weiss, 2008). En esta investigación existe una gran diferencia entre el sexo de las víctimas con respecto a esta tipología, produciéndose en mayor proporción entre las víctimas mujeres que entre los varones. Esta desproporción se podría explicar por la mayor vulnerabilidad de las mujeres, carencia de apoyo social, sumisión, aguantar más los descalificativos, desprecios, etc y, por tanto, es más fácil infringirle este maltrato. Es la tipología que, conjuntamente con la negligencia, mayoritariamente infringen los agresores varones en este estudio.

Tabla 90. Sexo agresor y maltrato económico.

			Sexo del agresor		Total
			VARON	MUJER	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	81	63	144
		<b>%</b>	75,0	82,9	78,3
	Sí	<b>F</b>	27	13	40
		<b>%</b>	25,0	17,1	21,7
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 90 igualmente se observa que el porcentaje es superior en varones (25%) que en mujeres (17,1%), aunque tampoco es estadísticamente significativo,  $\chi^2 = 1,63$ ,  $p = ,13$ . El maltrato económico junto con los dos anteriores y con la negligencia son las tipologías clásicas por las que las investigaciones se han preocupado. Como quedó patente al analizar los diferentes tipos de maltrato en relación al sexo de las víctimas, no existe gran diferencia respecto a esto (18,8% varones y 17,9% mujeres), pero sí respecto a los agresores, siendo el 25% varones y el 17,1% mujeres. En los análisis que se han realizado se concluye que, un porcentaje importante de

los agresores varones dependen económicamente de la víctima y además presentan problemas de toxicomanías por lo que les es necesario los ingresos de la víctima para su consumo. En muchos estudios el abuso económico ocupa el segundo lugar en cuanto a prevalencia (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winteerstein y Enosh, 2009; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006), en otros, en cambio, no se ha detectado caso alguno (Gobierno Vasco, 2011). En el presente, ocupa el cuarto lugar entre las víctimas mujeres y el quinto entre los varones.

Tabla 91. Sexo agresor y negligencia.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	64	34	98
		<b>%</b>	59,3	44,7	53,3
	Sí	<b>F</b>	44	42	86
		<b>%</b>	40,7	55,3	46,7
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 91, el maltrato por negligencia es cometido mayoritariamente por la mujer (55,3%) y no por el varón (40,7%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,97, p = ,03$ . A su vez, en este estudio la negligencia es el tipo de maltrato que más se comete hacia las mujeres y el segundo hacia los varones, lo que coincide con numerosas investigaciones en las que también ocupa el primer lugar (Abdel Rahman y El Gaafary, 2012; Bazo, 2001; Garré-Olmo et al., 2009; O'Keeffe et al., 2007; Lowenstein et al., 2009). Quizás sea el tipo de maltrato que se pueda

infringir de manera menos consciente, ya que a veces, si el agresor es el cuidador, puede suceder que desconozca como proporcionar adecuadamente los cuidados y desembocar en un maltrato, aunque su intención no sea esa.

Tabla 92. Sexo agresor y abandono.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Abandono</b>	No	<b>F</b>	71	37	108
		<b>%</b>	65,7	48,7	58,7
	Sí	<b>F</b>	37	39	76
		<b>%</b>	34,3	51,3	41,3
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 92 igualmente se advierte que las mujeres abandonan en mayor proporción que los varones (51,3% y 34,3% respectivamente), siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2=5,35$ ,  $p=,01$ . Se podría explicar debido a que al ser las mujeres quienes cuidan en mayor proporción y durante largos periodos de tiempo, pueda dar como resultado una claudicación por estrés o sobrecarga, máxime si tiene que compaginar estos cuidados con su vida familiar y laboral en caso de realizar un trabajo remunerado. Es importante señalar que la mayoría de las investigaciones realizadas no se han preocupado por esta tipología (DeLiema et al., 2012; Dong et al., 2012; Iborra, 2008; Lachs et al., 2011; Lowenstein et al., 2009; O'Keeffe et al., 2007). En cambio en los que si se ha tenido en cuenta, ha sido el que en mayor proporción se ha producido (Jürschik et al., 2013), o se encuentra entre los tres primeros (Cohen, Levin, Gagin y Friedman, 2007; Naughton et al., 2013). Es importante tenerlo presente ya que es una tipología que se da

con mucha frecuencia y se debe tener en consideración en futuras investigaciones.

Tabla 93. Sexo agresor y violación de derechos.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Violación derechos</b>	No	<b>F</b>	100	69	169
		<b>%</b>	92,6	90,8	91,8
	Sí	<b>F</b>	8	7	15
		<b>%</b>	7,4	9,2	8,2
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 93, se puede observar que existe un porcentaje superior en mujeres que realizan violación de derechos respecto a sus víctimas (9,2%) que en varones (7,4%), no siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 19$ ,  $p = .42$ . De todos los tipos de maltrato, exceptuando el sexual, la violación de derechos es el que se recoge en menor proporción. Puede ser debido bien a que existen clasificaciones que lo incluyen dentro del maltrato psicológico o bien por desconocimiento del mismo y así ha podido, de igual forma, ocurrir en los datos de este trabajo. Hay estudios en los que esta tipología supone el segundo en cuanto a casuística (Jürschik et al., 2013; Yan y Tang, 2004), aunque hay que reconocer que es la tipología que menos se tiene en consideración.

Tabla 94. Sexo agresor y autonegligencia/autoabandono.

			<u>Sexo del agresor</u>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
Autonegligencia/autoabandono	No	F	105	69	174
		%	97,2	90,8	94,6
	Sí	F	3	7	10
		%	2,8	9,2	5,4
Total		F	108	76	184
		%	100,0	100,0	100,0

La tabla 94 muestra cómo, aunque exista autonegligencia o autoabandono por parte de la víctima, y por tanto no existe una tercera persona que es quien infringe el maltrato, existen casos en los que, además, hay otros agresores, éstos son en mayor porcentaje mujeres (9,2%) que hombres (2,8%), siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,59$ ,  $p = ,06$ .

De los diferentes tipos de malos tratos analizados son cometidos en mayor proporción por agresores varones el físico, el psicológico y el económico. De ellos, en el que existe mayor desproporción entre ambos sexos es en el maltrato físico, donde los agresores son el 36,1% y el 22,4% las agresoras. Los que son infringidos en mayor proporción por mujeres, existiendo diferencia entre ambos sexos: la negligencia (55,3% mujeres y 40,7% varones), el abandono (51,3% mujeres y 34,3% varones) y el autoabandono (9,2% mujeres y 2,8% varones). Respecto a la violación de derechos no existe gran diferencia entre los sexos (9,2% mujeres y 7,4% varones). Señalar con respecto al maltrato sexual que únicamente ha habido un caso, siendo el agresor un varón y la víctima una mujer.



En la mayoría de la literatura consultada no se especifica claramente el sexo del agresor, únicamente se hace referencia a la relación familiar entre la víctima y el agresor, recogiendo si son hijos/as indistintamente, parejas ya sean hombres o mujeres, nietos/as, etc. (Cohen et al., 2007; Lowenstein et al., 2009; Pérez-Rojo et al., 2008; Yan y Tang, 2004). En las que si se recoge el sexo del agresor, éstos son mayoritariamente varones (Lachs et al., 2011, varones el 66,3%; García y Castilla, 2012, varones el 63,7%); estando en consonancia con la presente investigación (varones el 58,7% y mujeres el 41,3%).

Aunque algunos autores explican la conducta violenta de los agresores por haber sido éstos previamente víctimas de maltrato por parte de su víctima, continuando así con los patrones de violencia (Gill, 2006; Thobaben, 2012)), en la presente investigación solamente el 1,9% de los agresores y el 1,3% de las agresoras lo han sido, por lo que no se puede concluir que sea un factor de riesgo.

A continuación se analiza el sexo del agresor en relación con los diferentes tipos de maltrato y distintas variables: existencia de varios agresores, problemas de salud, situación económica, convivencia, apoyos recibidos, entre otros.

Tabla 95. Sexo agresor y existencia de varios agresores.

			Sexo del agresor		Total
			VARON	MUJER	
Varios agresores	NO	F	92	50	142
		%	85,2	65,8	77,2
	SI	F	16	26	42
		%	14,8	34,2	22,8
Total		F	108	76	184
		%	100,0	100,0	100,0

En la tabla 95 se advierte que las mujeres (34,2%) duplican a los varones (14,8%) cuando se trata de la concurrencia de diferentes agresores con la misma víctima, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 9,52$ ,  $p = ,00$ . Así pues es más probable que en los casos en los que haya más de un agresor, éstos sean mujeres. Teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas de este estudio son mujeres, se puede concluir que las mujeres cuidadoras se sienten más sobrecargadas por tener que cuidar de sus mayores compatibilizándolo con sus quehaceres familiares y/o laborales, lo que les va a provocar estrés y ansiedad que pueden desembocar en un trato inadecuado a la víctima, siendo más evidente con las mujeres que con los varones con los que su comportamiento es de sumisión. Ello se puede entender si tenemos en cuenta la dominación y superioridad que ha habido siempre del varón respecto a la mujer, por lo que se explica que las mujeres maltraten más a las propias mujeres y no se atrevan a hacerlo con los hombres. En la literatura consultada no hay constancia de que la misma víctima recibe maltrato por más de un agresor.

Tabla 96. Sexo agresor y solicitud de incapacitación judicial de la víctima.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Se ha solicitado incapacitación judicial</b>	No	<b>F</b>	92	72	164
		<b>%</b>	85,2	94,7	89,1
	Sí	<b>F</b>	16	4	20
		<b>%</b>	14,8	5,3	10,9
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 96 se puede observar como se ha solicitado en mayor porcentaje la incapacitación judicial de la víctima cuando el agresor es varón (14,8%) que cuando es mujer (5,3%), siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 4,20$ ,  $p = ,03$ . Este dato nos puede hacer pensar que el hecho de que se hayan solicitado mayor número de incapacitaciones judiciales cuando el agresor es un varón, pueda ser porque los profesionales consideran que la víctima es aún más vulnerable y corre mayor riesgo si el agresor es hombre, máxime cuando presenta problemas de dependencia por deterioro cognitivo, ya que el varón en la cultura occidental se presupone que está menos preparado y cuenta con menos habilidades para cuidar de una persona dependiente; o también debido a que como mayoritariamente los agresores son varones, es lógico que el porcentaje sea mayor en éstos. En la literatura consultada no existe dato alguno respecto a la incapacitación judicial de las víctimas, por lo que no es posible hacer comparaciones.

Tabla 97. Sexo agresor y aislamiento social de la víctima.

		<b>Sexo del agresor</b>		Total
		<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Aislamiento Social de la víctima</b>	No	<b>F</b>	84	49
		<b>%</b>	77,8	64,5
	Sí	<b>F</b>	24	27
		<b>%</b>	22,2	35,5
Total		<b>F</b>	108	76
		<b>%</b>	100,0	100,0

En la tabla 97 se advierte una mayor proporción de mujeres agresoras (35,5%) que de varones (22,2%) cuando la víctima carece de cualquier tipo de apoyo y presenta aislamiento social, siendo igualmente estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,94$ ,  $p = ,03$ . Como se ha dicho previamente, quizás las mujeres no son capaces de agredir abiertamente tanto como los varones y, son en circunstancias más especiales, como ante una víctima que carece de cualquier tipo de apoyo, cuando van a infringir más probablemente el maltrato. Ello es importante tenerlo en cuenta ya que con cierto apoyo, como puede ser la prestación del servicio de ayuda a domicilio, asignación de voluntariado, etc. se podría prevenir el mismo. En diferentes investigaciones se ha constatado que el aislamiento social es un factor de riesgo (García y Castilla, 2012; Naughton et al., 2013). Teniendo esto en cuenta cabe destacar, como se ha analizado previamente, que ante los casos detectados por los servicios sociales comunitarios que presentaban aislamiento social, se han realizado intervenciones de protección hacia las víctimas, tales como servicio de ayuda a domicilio, ingreso en centro residencial así como ingreso involuntario en residencia u hospital.

Tabla 98. Sexo agresor y ser el cuidador principal de la víctima.

		Sexo del agresor		Total
		VARON	MUJER	
<b>El agresor es el cuidador principal</b>	No	<b>F</b>	71	53
		<b>%</b>	65,7	69,7
	Sí	<b>F</b>	37	23
		<b>%</b>	34,3	30,3
Total		<b>F</b>	108	76
		<b>%</b>	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 98, a pesar de que la mayoría de cuidadores son mujeres, existe mayor porcentaje de varones agresores que son los cuidadores principales (34,3%) que de mujeres (30,3%), no siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = ,34$  ,  $p = ,33$ . En la literatura consultada prácticamente no hay constancia explícita de si el agresor es o no el cuidador principal, pero si existen referencias en cuanto que la víctima, cuidada por familiares, al no tener alternativas a dónde ir continúa conviviendo con su agresor y “sufriendo en silencio” (Bowes, Avan y Macintosh, 2012, p. 20). Existe algún estudio en el que consta que el 8,4% de los agresores son el cuidador principal (García y Castilla, 2012). Se debe tener en cuenta este dato ya que, desde que se puso en marcha la Ley de Dependencia, existe una prestación económica para cuidados en el entorno familiar dirigida a los familiares cuidadores, pero hay que saber muy bien en qué casos se solicita no vaya a ser que se le esté facilitando a un agresor-cuidador el que perciba, por ello, una prestación económica. En esta investigación, desde los servicios sociales se ha solicitado la misma en el 6,5% de los casos. Por otro lado, en relación a las consecuencias de cuidar,

el 18% de las mujeres y el 8% de los varones, refieren que su salud se ve afectada (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012).

Tabla 99. Sexo agresor y consumo de alcohol.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>El agresor consume alcohol</b>	No	<b>F</b>	81	73	154
		<b>%</b>	75,0	96,1	83,7
	Sí	<b>F</b>	27	3	30
		<b>%</b>	25,0	3,9	16,3
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 99 se advierte la enorme diferencia en porcentajes entre los varones y las mujeres agresoras que consumen alcohol llegándose a más de sextuplicar el número de varones (25%) frente al de mujeres (3,9%), siendo estadísticamente significativo,  $\chi^2 = 14,48$ ,  $p=,00$ . Esta diferencia es entendible ya que quienes mayoritariamente han consumido alcohol han sido los varones, debido a que es una droga permitida y consumida en cualquier acto social, en los que nunca faltan los hombres pues han sido los que se han ocupado de la esfera pública mientras que las mujeres lo han hecho de la privada. Existen investigaciones que apuntan el consumo de alcohol como factor de riesgo (García y Castilla, 2012; Naughton et al., 2013), siendo inicialmente uno de los más documentados relacionados con el maltrato a mayores (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989).

Tabla 100. Sexo agresor y consumo de drogas ilegales.

		<b>Sexo del agresor</b>		Total
		<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>El agresor consume drogas ilegales</b>	No	<b>F</b>	90	75
		<b>%</b>	83,3	98,7
	Sí	<b>F</b>	18	1
		<b>%</b>	16,7	1,3
Total		<b>F</b>	108	76
		<b>%</b>	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 100 sucede igual que con el consumo de alcohol ya que la proporción es bastante superior entre los agresores varones que entre las mujeres que consumen drogas ilegales (16,7% y 1,3% respectivamente), siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 11,35$ ,  $p = ,00$ . Las investigaciones actuales continúan insistiendo en este abuso de sustancias como desencadenante del maltrato (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012).

Tabla 101. Sexo agresor y existencia de problemas de salud psicológicos o psiquiátricos.

		<b>Sexo del agresor</b>		Total
		<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>El agresor tiene problemas de salud psicológicos-psiquiátricos</b>	No	<b>F</b>	89	65
		<b>%</b>	82,4	85,5
	Sí	<b>F</b>	19	11
		<b>%</b>	17,6	14,5
Total		<b>F</b>	108	76
		<b>%</b>	100,0	100,0

En la tabla 101 se advierte que, con respecto a padecer problemas de salud mental, no existe diferencia significativa entre varones (17,6%) y mujeres (14,5%), no existiendo relación estadística significativa  $\chi^2 = ,31$ ,  $p = ,36$ . En la bibliografía consultada, no existe consenso a si se debe considerar o no un factor de riesgo. Algunos autores concluyen que el que exista algún trastorno mental, no lleva irremediamente a un comportamiento abusivo (Gracia, 2012; Quinn y Tomita, 1997). Otros, en cambio, refieren que presentan más problemas psicológicos y de abuso de sustancias aquellos cuidadores que muestran conductas abusivas (Iborra, 2008; Pillemer, 2005). En cualquier caso, en esta investigación no existe un porcentaje muy alto de agresores con problemas de salud mental, probablemente se considera factor de riesgo ya que en muchas ocasiones se habla del mismo uniéndolo al consumo de tóxicos, en cuyo caso si es más probable que lleve aparejado una conducta violenta.

Tabla 102. Sexo agresor y dependencia de la víctima para la realización de las actividades básicas de la vida diaria por incapacidad física.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Dependiente ABVD por incapacidad física</b>	No	<b>F</b>	65	32	97
		<b>%</b>	60,2	42,1	52,7
	Sí	<b>F</b>	43	44	87
		<b>%</b>	39,8	57,9	47,3
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 102 se observa que existe un mayor porcentaje de mujeres (57,9%) que de varones (39,8%) agresores cuando la víctima presenta



dependencia física, siendo la relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 5,85$ ,  $p=,01$ . La dependencia de la víctima, tanto física como psicológica, es uno de los factores de riesgo de poder sufrir maltrato en el que existe mayor consenso entre los investigadores. Concretamente, en un estudio realizado en Chicago sobre la relación entre la disminución de la función física y el riesgo de maltrato, aplicado el índice de Katz (mide las limitaciones de la persona para la realización de las ABVD), se concluyó la existencia de una relación directa entre ambos y, más aún, la probabilidad de sufrir tres o más tipos de maltrato (Dong, Simon y Evans, 2012). La dependencia está presente en un alto porcentaje de víctimas, por lo que podemos concluir, al igual que otras investigaciones, que sí es un factor de riesgo (DeLiema, Gassoumis, Homeier, Wilber y Katheleen, 2012; Eulitt, Tomberg, Cunningham, Counselman y Palmer, 2014). El hecho de que los agresores sean en mayor proporción mujeres (57,9%) podría explicarse por el sobreesfuerzo físico que supone el cuidar de una persona con dependencia funcional y la menor fortaleza física de las mujeres cuidadoras, lo que podría conllevar un agotamiento físico que desencadenase conductas no adecuadas.

Tabla 103. Sexo agresor y dependencia de la víctima para la realización de las actividades básicas de la vida diaria por deterioro cognitivo.

			<b>Sexo del agresor</b>		Total
			<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Dependiente ABVD por deterioro cognitivo</b>	No	<b>F</b>	64	42	106
		<b>%</b>	59,3	55,3	57,6
	Sí	<b>F</b>	44	34	78
		<b>%</b>	40,7	44,7	42,4
Total		<b>F</b>	108	76	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 103, no existe prácticamente diferencia entre el sexo del agresor cuando la víctima presenta deterioro cognitivo, siendo del 40,7% en varones y del 44,7% en mujeres, la relación no es estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 29$ ,  $p = 34$ . Como se acaba de decir la dependencia, tanto física como psicológica, se considera un factor de riesgo importante. Aunque el porcentaje de deterioro cognitivo es un poco inferior, no existe gran diferencia entre ambos. Esto no coincide con algunos estudios donde el deterioro cognitivo ha sido superior, 66,7%, que la dependencia física, 58,3% (Abdel Raman y El Gaafary, 2012). Lo que sí llama la atención es la no diferenciación en el porcentaje entre los agresores varones o las agresoras mujeres como ocurre con la dependencia física, probablemente sea debido, como se acaba de apuntar, a la menor fortaleza física de las mujeres, que en el caso de víctimas con dependencia física le puede llevar a la cuidadora a un trato inadecuado y en cambio cuando existe deterioro cognitivo, al no necesitar de la fuerza física para los cuidados, no

hay diferenciación entre los géneros y el maltrato puede venir en mayor medida por agotamiento o síndrome de estar quemado.

Tabla 104. Sexo agresor y víctima presenta problemas de salud mental.

		<b>Sexo del agresor</b>		Total
		<i>VARON</i>	<i>MUJER</i>	
<b>Víctima presenta problemas de Salud Mental</b>	No	<b>F</b>	97	71
		<b>%</b>	89,8	93,4
	Sí	<b>F</b>	11	5
		<b>%</b>	10,2	6,6
Total		<b>F</b>	108	76
		<b>%</b>	100,0	100,0

En la tabla 104 se observa la diferencia entre hombres y mujeres agresores (10,2% y 6,6% respectivamente) cuando la víctima presenta problemas de salud mental, no siendo tampoco estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 73$ ,  $p = .28$ . Aunque algunos autores consideran que ciertos trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, las ideas suicidas, los sentimientos de infelicidad (Macassa et al., 2013; Melchiorre et al., 2013), son características de las personas víctimas de maltrato, en el presente estudio este hecho no ha sido significativo entre las víctimas. En cuanto a los agresores hay una mayor diferencia entre mujeres y varones, siendo mayor en éstos, probablemente porque su capacidad de reacción frente a la adversidad es diferente y ante cualquier problema o contrariedad reaccionan de forma negativa.

Se puede concluir que, cuando la víctima presenta problemas de dependencia, no hay diferencias significativas respecto al sexo de los

agresores, salvo cuando existe dependencia física de la víctima en cuyo caso las mujeres agreden en mayor proporción que los hombres. Esto se podría explicar, como se ha apuntado, porque dado el esfuerzo físico que supone el cuidado de una persona con dependencia física, existe mayor probabilidad de burnout y de que éste desemboque en maltrato. En cualquier caso, dado los resultados del estudio, si se considera la dependencia física o psicológica de la persona mayor, un factor de riesgo importante y no, en cambio, los problemas de salud mental de las víctimas.

A continuación se analizan los tipos de malos tratos en relación a diferentes variables tales como el asilamiento social de la víctima, denuncias realizadas, necesidad de intervención de las fuerzas de seguridad, relaciones familiares.

Tabla 105. Aislamiento social víctima y tipo maltrato

		<b>Aislamiento Social de la víctima</b>			
		<i>No</i>		<i>Sí</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Maltrato físico	<i>No</i>	101	68,2	63	87,5
	<i>Sí</i>	47	31,8	9	12,5
Maltrato psicológico	<i>No</i>	93	62,8	60	83,3
	<i>Sí</i>	55	37,2	12	16,7
Maltrato económico	<i>No</i>	120	81,1	60	83,3
	<i>Sí</i>	28	18,9	12	16,7
Maltrato sexual	<i>No</i>	147	99,3	72	100,0
	<i>Sí</i>	1	0,7	0	0,0
Negligencia	<i>No</i>	83	56,1	48	66,7
	<i>Sí</i>	65	43,9	24	33,3
Abandono	<i>No</i>	101	68,2	37	51,4
	<i>Sí</i>	47	31,8	35	48,6
Violación derechos	<i>No</i>	140	94,6	65	90,3
	<i>Sí</i>	8	5,4	7	9,7
Autonegligencia/autoabandono	<i>No</i>	136	91,9	56	77,8
	<i>Sí</i>	12	8,1	16	22,2
Se desconoce tipo maltrato	<i>No</i>	141	95,3	66	91,7
	<i>Sí</i>	7	4,7	6	8,3

Como se advierte en la tabla 105 cuando la víctima tiene aislamiento social, en orden decreciente, los malos tratos que recibe son: abandono (48,6%), negligencia (33,3%), autonegligencia/autoabandono (22,2%), psicológico o económico (16,7%), físico (12,5%) y violación de derechos (9,7%), siendo estadísticamente significativos el maltrato físico ( $\chi^2 = 9,46$ ,  $p = ,00$ ), psicológico ( $\chi^2 = 9,60$ ,  $p = ,00$ ), abandono ( $\chi^2 = 5,88$ ,  $p = ,01$ ) y autoabandono ( $\chi^2 = 8,68$ ,  $p = ,00$ ). El hecho de que ocupe el primer lugar el abandono no es de extrañar ya que se está ante casos de aislamiento social y el abandono lleva al mismo. Como refieren algunos autores la carencia de una red de apoyo y unas pobres relaciones familiares o sociales representan factores de riesgo para el abuso de personas mayores (Melchiorre et al.,

2013), de ahí que exista un alto porcentaje de casos en varios de los tipos de maltrato. De cualquier forma e independientemente del aislamiento social de la víctima, en el presente estudio los diferentes tipos de malos tratos se producen en un porcentaje significativo.

Con respecto a las denuncias que se han presentado, a continuación se analizan en relación a la tipología de malos tratos. Se debe tener presente que este estudio parte de los datos existentes en los servicios sociales y, por tanto, son casos en los que consta que se ha producido un maltrato y hay una intervención profesional en la que en muchos casos se han tomado medidas de protección de la víctima, por eso no es de extrañar que el porcentaje de denuncias sea elevado en comparación con lo que relata la bibliografía consultada.

Tabla 106. Existencia de denuncias en relación al maltrato físico.

			<b>Existencia de denuncias</b>		<b>Total</b>
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato físico</b>	<b>No</b>	<b>F</b>	155	9	164
		<b>%</b>	78,3	40,9	74,5
	<b>Sí</b>	<b>F</b>	43	13	56
		<b>%</b>	21,7	59,1	25,5
<b>Total</b>		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 106, en el 59,1% de los casos en que se ha producido un maltrato físico, se ha presentado una denuncia, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 14,57$ ,  $p = ,00$ . Probablemente sea el maltrato más llamativo y alarmante, a la vez que el más fácil de detectar, de

ahí que el porcentaje de denuncias presentadas sea tan elevado. Como se ha hecho constar, en la literatura consultada el porcentaje de denuncias es bastante más inferior. Existen estudios que concluyen que 1 de cada 10 puede experimentar algún tipo de maltrato, pero menos de 1 de cada 5 es conocido (Thobaben, 2012). Estamos ante un problema tipo “iceberg” del que se conoce aún poco sobre su magnitud real ya que continúa permaneciendo muy oculto.

Tabla 107. Existencia de denuncias en relación al maltrato psicológico.

			<b>Existencia de denuncias</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	145	8	153
		<b>%</b>	73,2	36,4	69,5
	Sí	<b>F</b>	53	14	67
		<b>%</b>	26,8	63,6	30,5
Total		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Respecto al maltrato psicológico, como se muestra en la tabla 107, se han producido denuncias en el 63,6% de los casos, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 12,70$ ,  $p = ,00$ . Este porcentaje es algo mayor que en el maltrato físico.

Tabla 108. Existencia de denuncias en relación al maltrato económico.

			<b>Existencia de denuncias</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	167	13	180
		<b>%</b>	84,3	59,1	81,8
	Sí	<b>F</b>	31	9	40
		<b>%</b>	15,7	40,9	18,2
Total		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se aprecia en la tabla 108 se han realizado denuncias en el 40,9% de los casos, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 8,48$ ,  $p = ,00$ .

Tabla 109. Existencia de denuncias en relación a la negligencia.

			<b>Existencia de denuncias</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	115	16	131
		<b>%</b>	58,1	72,7	59,5
	Sí	<b>F</b>	83	6	89
		<b>%</b>	41,9	27,3	40,5
Total		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 109, se ha interpuesto denuncia en el 27,3% de los casos de negligencia, no siendo estadísticamente significativa. A veces las conductas negligentes no son consideradas como malos tratos, por lo que se podría explicar este descenso y que la gran mayoría no denuncie (72,7%), a pesar de que en el presente estudio la negligencia supone el 43,6% de los casos donde las víctimas son mujeres y el 32,8% de los varones.



Tabla 110. Existencia de denuncias en relación al abandono.

			<b>Existencia de denuncias</b>		<b>Total</b>
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Abandono</b>	<b>No</b>	<b>F</b>	122	16	138
		<b>%</b>	61,6	72,7	62,7
	<b>Sí</b>	<b>F</b>	76	6	82
		<b>%</b>	38,4	27,3	37,3
<b>Total</b>		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 110, en los casos de abandono el porcentaje de denuncias también es escaso, 27,3%, no siendo estadísticamente significativa. El abandono no suele darse de forma aislada, sino que en muchas ocasiones estas personas sufren también de un gran aislamiento social. Concretamente en este análisis el 48,6% de las víctimas de abandono, también sufren un aislamiento social. El hecho en sí del aislamiento y de carencia de una red de apoyo, puede llevar a la víctima a encerrarse en sí misma y no comunicar su situación.

Tabla 111. Existencia de denuncias en relación a la violación de derechos.

			<b>Existencia de denuncias</b>		<b>Total</b>
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Violación derechos</b>	<b>No</b>	<b>F</b>	185	20	205
		<b>%</b>	93,4	90,9	93,2
	<b>Sí</b>	<b>F</b>	13	2	15
		<b>%</b>	6,6	9,1	6,8
<b>Total</b>		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 111 el porcentaje de denuncias en este tipo de maltrato también es muy escaso, 9,1%, no siendo estadísticamente significativa. A veces los propios profesionales no lo consideran como tal, por desconocimiento, lo que podría estar influyendo en su no detección.

Respecto al maltrato sexual no existen datos. Es el tipo de maltrato más oculto, el que menos se detecta y se denuncia. Está en relación con el género ya que la mayoría de las víctimas son mujeres y los agresores varones.

Tabla 112. Existencia de denuncias en relación al autoabandono/autonegligencia.

			<b>Existencia de denuncias</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Autonegligencia/autoabandono</b>	No	<b>F</b>	171	21	192
		<b>%</b>	86,4	95,5	87,3
	Sí	<b>F</b>	27	1	28
		<b>%</b>	13,6	4,5	12,7
Total		<b>F</b>	198	22	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 112, en los casos de autonegligencia o autoabandono, el porcentaje de denuncias también es muy escaso, 4,5%, no siendo estadísticamente significativa. En estos casos la propia persona puede estar sufriendo otros tipos de malos tratos y van a ser otros, normalmente los profesionales, los que informen a la autoridad competente de la situación de riesgo y vulnerabilidad en la que pueda encontrarse la víctima.

Tabla 113. Existencia de denuncias en relación al sexo del agresor.

			<b>Existencia de denuncias</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Sexo del agresor</b>	<i>VARON</i>	<b>F</b>	94	14	108
		<b>%</b>	58,0	63,6	58,7
	<i>MUJER</i>	<b>F</b>	68	8	76
		<b>%</b>	42,0	36,4	41,3
Total		<b>F</b>	162	22	184
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se aprecia en la tabla 113, se han producido más denuncias cuando los agresores han sido varones (63,6%) que cuando han sido mujeres (36,4%), aunque no es estadísticamente significativa. Esta diferencia se justificaría porque entre los agresores hay más varones que mujeres, a la vez que son más agresivos, tienen menor control de sus actos y el maltrato puede ser más virulento y fácil de detectar.

Como se acaba de mostrar en las diferentes tablas (tablas 105 a 112), donde suelen presentarse más denuncia es en los casos de malos tratos más clásicos y conocidos, recogidos en la mayoría de la bibliografía, como son el físico, el psicológico y el económico. En cualquier caso, como queda constancia en la bibliografía consultada, la víctima tiene sentimientos de culpa de que haya ocurrido, la mayoría de agresores son familiares muy cercanos con los que tienen que seguir conviviendo, tienen miedo de tener que abandonar su hogar e irse a un centro residencial, por todo ello optan por guardar silencio y continuar con la situación ya que carecen de alternativas (Bowes et al., 2012). En la presente investigación en el 11,3% de las denuncias realizadas, el agresor es el cuidador principal, con un 1,6%

de denuncias previas. De las denuncias presentadas, el 96,6% de los agresores carece de apoyo. En cuanto a la relación entre víctima y agresor de las denuncias presentadas son principalmente, el 58,8% hijos, 23,5% hijas, 11,8% esposos, todos familiares pertenecientes al núcleo familiar más íntimo y cercano.

A continuación se pasa a analizar la situación económica del agresor en relación a los diferentes tipos de malos tratos.

Tabla 114. Situación económica del agresor en relación al maltrato físico.

			<b>El agresor SI depende económicamente de la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	142	22	164
		<b>%</b>	81,1	48,9	74,5
	Sí	<b>F</b>	33	23	56
		<b>%</b>	18,9	51,1	25,5
Total		<b>F</b>	175	45	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Según se observa en la tabla 114, el 51,1% de los agresores que cometen maltrato físico dependen económicamente de la víctima, siendo la relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 19,62$ ,  $p = ,00$ . Existen investigaciones que concluyen que la situación económica influye en la perpetración de maltrato (Naughton et al., 2013; Oh et al., 2006).

Tabla 115. Situación económica del agresor en relación al maltrato psicológico.

		El agresor SI depende económicamente de la víctima		Total
		No	Sí	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	130	23
		<b>%</b>	74,3	51,1
	Sí	<b>F</b>	45	22
		<b>%</b>	25,7	48,9
Total		<b>F</b>	175	45
		<b>%</b>	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 115, el 48,9% de los que cometen maltrato psicológico depende económicamente de la víctima, siendo estadísticamente significativa la relación,  $\chi^2 = 9,07$ ,  $p = ,00$ . Sigue siendo importante el porcentaje, aunque un poco inferior que en el maltrato físico. Existen investigaciones donde esta tipología es la que ocurre en mayor proporción en los casos (59,3%) en los que la víctima está por debajo del umbral de la pobreza (Lachs et al., 2011). El hecho de carecer la víctima de medios económicos que facilitar al agresor, lleva a este a infringir un maltrato psicológico, que en muchas ocasiones, es aún más perjudicial que el físico.

Tabla 116. Situación económica del agresor en relación al abuso económico.

			<b>El agresor SI depende económicamente de la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	154	26	180
		<b>%</b>	88,0	57,8	81,8
	Sí	<b>F</b>	21	19	40
		<b>%</b>	12,0	42,2	18,2
Total		<b>F</b>	175	45	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 116, el 42,2% de los que abusan económicamente de la víctima dependen económicamente de ésta, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 21,97$ ,  $p = ,00$ . Quizás sea, de todos los tipos de malos tratos, el más lógico que se produzca ya que si el agresor carece de recursos económicos puede obligarle a la víctima a que le proporcione más dinero, aunque ésta no disponga de medios económicos suficientes pues la mayoría de las personas mayores tienen unas pensiones bastante bajas que no le permiten una holgura económica. Existen estudios donde esta tipología ocurre, en magnitud, en segundo lugar cuando los ingresos familiares son escasos (Naughton et al., 2013).

Tabla 117. Situación económica del agresor en relación a la negligencia.

		El agresor SI depende económicamente de la víctima			Total
			No	Sí	
Negligencia	No	F	106	25	131
		%	60,6	55,6	59,5
	Sí	F	69	20	89
		%	39,4	44,4	40,5
Total		F	175	45	220
		%	100,0	100,0	100,0

En la tabla 117 se observa que el 44,4% de los que cometen negligencia dependen económicamente de la víctima, no siendo estadísticamente significativa la relación. Existen investigaciones en las que en esta tipología uno de los posibles agresores es el cuidador formal (O’Keeffe et al., 2007).

Tabla 118. Situación económica del agresor en relación al abandono.

		El agresor SI depende económicamente de la víctima			Total
			No	Sí	
Abandono	No	F	109	29	138
		%	62,3	64,4	62,7
	Sí	F	66	16	82
		%	37,7	35,6	37,3
Total		F	175	45	220
		%	100,0	100,0	100,0

En la tabla 118 se observa que el 35,6% de los que abandonan a sus víctimas dependen económicamente de éstas, no siendo la relación estadísticamente significativa. A veces, cuando los ingresos familiares son escasos y el agresor no puede obtener beneficios, se produce el abandono (Naughton et al., 2013).

Tabla 119. Situación económica del agresor en relación a la violación de derechos.

		El agresor SI depende económicamente de la víctima		Total
		No	Sí	
<b>Violación derechos</b>	No	<b>F</b>	168	37
		<b>%</b>	96,0	82,2
	Sí	<b>F</b>	7	8
		<b>%</b>	4,0	17,8
Total	<b>F</b>		175	45
	<b>%</b>		100,0	100,0

Como se observa en la tabla 119, el 17,8% de los agresores que violan los derechos de la víctima dependen económicamente de ésta, siendo estadísticamente significativa esta relación,  $\chi^2=10,69$ ,  $p=,00$ .

Tabla 120. Situación económica del agresor en relación a la autonegligencia/autoabandono.

		El agresor SI depende económicamente de la víctima		Total
		No	Sí	
<b>Autonegligencia/autoabandono</b>	No	<b>F</b>	151	41
		<b>%</b>	86,3	91,1
	Sí	<b>F</b>	24	4
		<b>%</b>	13,7	8,9
Total	<b>F</b>		175	45
	<b>%</b>		100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 120, en el 8,9% de las personas que se autoabandonan, existe además un agresor que depende económicamente de ésta, no siendo esta relación estadísticamente significativa.



Según se acaba de observar, en las tablas 113 a 119, entre los agresores que dependen económicamente de sus víctimas destacan los que infringen maltrato físico (51,1%), seguido del psicológico (48,9%), de la negligencia (44,4%) y del abuso económico (42,2%). No es de extrañar que en primer lugar esté el maltrato físico, ya que la dependencia económica le puede llevar al agresor a amenazas y a utilizar la fuerza física, si hiciese falta, para conseguir dinero. Respecto al maltrato sexual no consta dependencia económica. Como se ha indicado en cada una de las tablas analizadas, existen investigaciones que están en concordancia con los datos aquí obtenidos por lo que se corroboran los mismos.

Seguidamente se analiza la relación que existe entre los agresores que conviven con su víctima, 41,8% del total, y los diferentes tipos de malos tratos.

Tabla 121. Convivencia agresor con la víctima en relación al maltrato físico.

			<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	114	50	164
		<b>%</b>	89,1	54,3	74,5
	Sí	<b>F</b>	14	42	56
		<b>%</b>	10,9	45,7	25,5
Total		<b>F</b>	128	92	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Según se observa en la tabla 121, el 45,7% de las personas que infringen maltrato físico conviven con la víctima, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 33,99$ ,  $p = ,00$ .

Tabla 122. Convivencia agresor con la víctima en relación al maltrato psicológico.

			<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	105	48	153
		<b>%</b>	82,0	52,2	69,5
	Sí	<b>F</b>	23	44	67
		<b>%</b>	18,0	47,8	30,5
Total		<b>F</b>	128	92	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 122, el 47,8% de los agresores que cometen maltrato psicológico conviven con la víctima, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 22,53$ ,  $p = ,00$ .

Tabla 123. Convivencia agresor con la víctima en relación al maltrato económico.

			<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	110	70	180
		<b>%</b>	85,9	76,1	81,8
	Sí	<b>F</b>	18	22	40
		<b>%</b>	14,1	23,9	18,2
Total		<b>F</b>	128	92	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se aprecia en la tabla 123, el 23,9% de los que infringen maltrato económico conviven con la víctima, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,49$ ,  $p = ,04$ .

Tabla 124. Convivencia agresor con la víctima en relación al maltrato sexual.

			<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Maltrato sexual</b>	No	<b>F</b>	128	91	219
		<b>%</b>	100,0	98,9	99,5
	Sí	<b>F</b>	0	1	1
		<b>%</b>	0,0	1,1	0,5
Total	<b>F</b>		128	92	220
	<b>%</b>		100,0	100,0	100,0

En la tabla 124 se observa que el 1,1% de los que infringen maltrato sexual convive con la víctima, no siendo estadísticamente significativa esta relación.

Tabla 125. Convivencia agresor con la víctima en relación a la negligencia.

			<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	81	50	131
		<b>%</b>	63,3	54,3	59,5
	Sí	<b>F</b>	47	42	89
		<b>%</b>	36,7	45,7	40,5
Total	<b>F</b>		128	92	220
	<b>%</b>		100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 125, el 45,7% de las personas que cometen negligencia conviven con la víctima, no siendo esta relación estadísticamente significativa.

Tabla 126. Convivencia agresor con la víctima en relación al abandono.

		<u>El agresor convive con la víctima</u>		Total
		<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Abandono</b>	No	74	64	138
		57,8	69,6	62,7
	Sí	54	28	82
		42,2	30,4	37,3
Total		128	92	220
		100,0	100,0	100,0

Según se advierte en la tabla 126, el 30,4% de las personas que abandonan a su víctima convive con ella, siendo la relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,16$ ,  $p = ,05$ . Existen investigaciones que concluyen que el cuidar a una persona mayor, sobre todo si presenta dependencia, y no disponer de recursos de apoyo, conlleva a que el cuidador vea afectada su salud negativamente (Sibbald y Haolroyd-Leduc, 2012), lo que podría explicar el abandono.

Tabla 127. Convivencia agresor con la víctima en relación a la violación de derechos.

		<b>El agresor convive con la víctima</b>		Total
		<i>No</i>	<i>Si</i>	
<b>Violación derechos</b>	No	F	124	81
		%	96,9	88,0
	Sí	F	4	11
		%	3,1	12,0
	Total	F	128	92
		%	100,0	100,0

En la tabla 127 se observa que el 12% de los que violan los derechos de la víctima convive con ésta, siendo estadísticamente significativa la relación,  $\chi^2=6,57$ ,  $p=,01$ .

Tabla 128. Convivencia agresor con la víctima en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			El agresor convive con la víctima		Total
			No	Si	
Autonegligencia/autoabandono	No	F	106	86	192
		%	82,8	93,5	87,3
	Sí	F	22	6	28
		%	17,2	6,5	12,7
Total		F	128	92	220
		%	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 128, el 6,5% de las personas que se autoabandonan y que sufren también algún tipo de maltrato el agresor convive con la víctima, siendo la relación estadísticamente significativa,  $\chi^2=5,48$ ,  $p=,01$ .

Como se acaba de mostrar un porcentaje importante de agresores conviven con sus víctimas, en algunos casos porque son los cuidadores principales y se han trasladado al domicilio de la víctima para facilitar la labor, pero en otros por carecer los agresores de vivienda o haber sufrido una separación matrimonial que le ha obligado a volver a convivir nuevamente con la víctima ante la carencia de una vivienda propia. En estos casos se le hace aún más difícil a la víctima denunciar el caso. En este estudio, el agresor es el cuidador principal en el 28,2% de los casos.

A continuación se analiza la relación entre el apoyo formal que pueda o no recibir el agresor y los diferentes tipos de malos tratos.

Tabla 129. Apoyo formal recibido por el agresor en relación al maltrato físico.

			<b>Maltrato físico</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
El agresor NO tiene apoyo formal	No	<b>F</b>	143	48	191
		<b>%</b>	74,9	25,1	100,0
	Sí	<b>F</b>	21	8	29
		<b>%</b>	72,4	27,6	100,0
Total		<b>F</b>	164	56	220
		<b>%</b>	74,5	25,5	100,0

En la tabla 129 se advierte que sólo el 25,1% de los agresores que cometen maltrato físico tienen apoyo formal, no siendo esta relación estadísticamente significativa. En la bibliografía consultada se considera cualquier tipo de apoyo como factor de protección en cuanto a la reducción de la vulnerabilidad y al riesgo de sufrir maltrato (CGPJ, 2009; Sancho et al., 2011), de ahí la importancia de que las personas mayores participen en actividades sociales de cara a la prevención.

Tabla 130. Apoyo formal recibido por el agresor en relación al maltrato psicológico.

			<b>Maltrato psicológico</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	132	59	191
		<b>%</b>	69,1	30,9	100,0
	Sí	<b>F</b>	21	8	29
		<b>%</b>	72,4	27,6	100,0
Total		<b>F</b>	153	67	220
		<b>%</b>	69,5	30,5	100,0

En la tabla 130 se muestra que el 30,9% de los que infringen maltrato psicológico tiene apoyo formal, no siendo la relación estadísticamente significativa. Existen investigaciones que concluyen que el maltrato psicológico es el de mayor incidencia ante la carencia de apoyo social (Melchiorre et al., 2013), haciendo mención a la importancia de las redes sociales como factor de protección.

Tabla 131. Apoyo formal recibido por el agresor en relación al maltrato económico.

			<b>Maltrato económico</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	159	32	191
		<b>%</b>	83,2	16,8	100,0
	Sí	<b>F</b>	21	8	29
		<b>%</b>	72,4	27,6	100,0
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	81,8	18,2	100,0

Como se muestra en la tabla 131, solo el 16,8% de los que abusan económicamente de la víctima tienen apoyo formal, no siendo estadísticamente significativa la relación. En un estudio realizado en España con auxiliares del SAD, se concluyó que el 20% de las mujeres y el 5% de los varones sufrían abuso material (Bazo, 2001).

Tabla 132. Apoyo formal recibido por el agresor en relación a la negligencia.

			<b>Negligencia</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	119	72	191
		<b>%</b>	62,3	37,7	100,0
	Sí	<b>F</b>	12	17	29
		<b>%</b>	41,4	58,6	100,0
Total		<b>F</b>	131	89	220
		<b>%</b>	59,5	40,5	100,0

Como se observa en la tabla 132, en los casos de negligencia el 37,7% de los agresores tiene apoyo formal, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2=4,57$ ,  $p=,02$ . En este tipo de maltrato es donde cuentan los agresores con mayor apoyo, sobre todo de tipo formal. Diferentes estudios concluyen que la carencia de apoyo conlleva con mayor frecuencia a la negligencia y al abandono (Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013).



Tabla 133. Apoyo formal recibido por el agresor en relación al abandono.

			<b>Abandono</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	116	75	191
		<b>%</b>	60,7	39,3	100,0
	Sí	<b>F</b>	22	7	29
		<b>%</b>	75,9	24,1	100,0
Total		<b>F</b>	138	82	220
		<b>%</b>	62,7	37,3	100,0

En la tabla 133 se aprecia que en los casos de producirse un abandono, el 39,3% de los agresores tienen apoyo formal y aunque no siendo la relación estadísticamente significativa, se advierte una cierta tendencia  $\chi^2 = 2,46$ ,  $p = ,08$ . Como se acaba de exponer, hay estudios que refieren que el carecer de apoyos puede llevar al cuidador a un abandono de la víctima. Ello se podría explicar porque, al ser los cuidados generalmente de larga duración en el tiempo, termina agotando al cuidador en el caso de no contar con apoyos. Sería fundamental que determinadas prestaciones, como el SAD o los centros de día, se hiciesen más extensibles a las personas mayores y su cobertura fuese mayor, de cara a la prevención.

Tabla 134. Apoyo formal recibido por el agresor en relación a la violación de derechos.

			<b>Violación derechos</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	179	12	191
		<b>%</b>	93,7	6,3	100,0
	Sí	<b>F</b>	26	3	29
		<b>%</b>	89,7	10,3	100,0
Total		<b>F</b>	205	15	220
		<b>%</b>	93,2	6,8	100,0

En la tabla 134 se advierte que en los casos en que se produce violación de derechos el agresor recibe apoyo formal en el 6,3% de los casos, no siendo la relación estadísticamente significativa.

Tabla 135. Apoyo formal recibido por el agresor en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			<b>Autonegligencia/autoabandono</b>		Total
			No	Sí	
<b>El agresor NO tiene apoyo formal</b>	No	<b>F</b>	166	25	191
		<b>%</b>	86,9	13,1	100,0
	Sí	<b>F</b>	26	3	29
		<b>%</b>	89,7	10,3	100,0
Total		<b>F</b>	192	28	220
		<b>%</b>	87,3	12,7	100,0

En la tabla 135 se observa que en los casos de autoabandono el agresor recibe apoyo formal en el 13,1%, no siendo esta relación estadísticamente significativa. En la experiencia profesional, se ha constatado como aquellas personas que presentaban comportamientos de autoabandono y/o sospecha de Síndrome de Diógenes, se controlaba su comportamiento cuando existía un apoyo formal (normalmente el SAD), pero este se tornaba nuevamente en un comportamiento de riesgo cuando no estaba dicho apoyo.

Como se ha mostrado en las anteriores tablas, los agresores no reciben apoyo formal suficiente, dándose el porcentaje más elevado en los casos en los que se ha producido abandono. Ello es lógico ya que ante un caso de abandono es fundamental el apoyo máxime cuando la víctima presenta algún problema de dependencia para la realización de las ABVD o hay

sospecha de Síndrome de Diógenes. El apoyo es importante no solo como factor de protección y, por tanto, de prevención, sino también para detectar posible situaciones de malos tratos que se estén produciendo en el ámbito familiar. Este aspecto se refleja claramente en una investigación, referida anteriormente, realizada en España en cinco municipios, con las auxiliares del SAD. En la misma se detectó un porcentaje bastante importante de casos, que si se extrapolase al conjunto del territorio, supondría que el 4,7% de la población mayor de 65 años usuaria del SAD, es víctima de algún tipo de maltrato, pero el problema está como bien recoge la investigadora en que “no podemos siquiera estimar cuántas personas que con características parecidas a las de la muestra, pero que por diversas razones no reciben el apoyo de los servicios domiciliarios, pueden estar siendo también víctimas silenciosas de abusos en la intimidad del hogar” (Bazo, 2001, p.13). Es necesario que desde las diferentes administraciones públicas se potencien, destinando mayor presupuesto, servicios y prestaciones que faciliten apoyos a los cuidadores, como podría ser el SAD.

A continuación se analiza la necesidad de intervención de las fuerzas de seguridad en relación a los diferentes tipos de malos tratos.

Tabla 136. Intervención fuerzas de seguridad en relación al maltrato físico.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	150	14	164
		<b>%</b>	78,9	46,7	74,5
	Sí	<b>F</b>	40	16	56
		<b>%</b>	21,1	53,3	25,5
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 136, ha sido necesaria la intervención de las fuerzas de seguridad en el 53,3% de los casos de maltrato físico, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2=14,22$ ,  $p=,00$ . Resulta obvio que ante un caso de maltrato físico, en el que es posible que pueda existir un altercado, sea precisa la intervención de las fuerzas de seguridad con el objetivo de mediar en el mismo.

Tabla 137. Intervención fuerzas de seguridad en relación al maltrato psicológico.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	136	17	153
		<b>%</b>	71,6	56,7	69,5
	Sí	<b>F</b>	54	13	67
		<b>%</b>	28,4	43,3	30,5
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 137, en el maltrato psicológico han intervenido las fuerzas de seguridad en el 43,5% de los casos, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2=2,72$ ,  $p=,07$ . Aunque es algo inferior que en el anterior, también se recoge en los expedientes que la intervención fue motivada por llamadas telefónicas de los vecinos ante casos en los que se estaban produciendo situaciones, acompañados de grandes voces, en el domicilio de la persona mayor.

Tabla 138. Intervención fuerzas de seguridad en relación al abuso económico.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	161	19	180
		<b>%</b>	84,7	63,3	81,8
	Sí	<b>F</b>	29	11	40
		<b>%</b>	15,3	36,7	18,2
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 138, han intervenido las fuerzas de seguridad en el 36,7% de los casos de abuso económico, siendo estadísticamente significativo,  $\chi^2 = 7,97$ ,  $p = ,00$ . Existen casos en los que la intervención ha venido motivada por haberse visto la persona en la calle una vez que se le ha indicado, por parte del familiar, que abandone el domicilio aún siendo propiedad de la persona mayor o porque el familiar ha procedido a la venta de la vivienda de la víctima, mediante engaño a ésta.

Con respecto al maltrato sexual, no ha sido necesaria intervención alguna de las fuerzas de seguridad.

Tabla 139. Intervención fuerzas de seguridad en relación a la negligencia.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	111	20	131
		<b>%</b>	58,4	66,7	59,5
	Sí	<b>F</b>	79	10	89
		<b>%</b>	41,6	33,3	40,5
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 139, ha sido necesaria la intervención de las fuerzas de seguridad en el 33,3% de los casos de negligencia no siendo estadísticamente significativa.

Tabla 140. Intervención fuerzas de seguridad en relación al abandono.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Abandono</b>	No	<b>F</b>	120	18	138
		<b>%</b>	63,2	60,0	62,7
	Sí	<b>F</b>	70	12	82
		<b>%</b>	36,8	40,0	37,3
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 140, se ha producido la intervención de las fuerzas de seguridad en el 40% de los casos de abandono, no siendo estadísticamente significativa. El porcentaje aquí es un poco superior lo que se explica debido a que hay casos en los que la persona mayor está totalmente abandonada, en muchas ocasiones, enferma, dependiente, siendo algún vecino el que ha dado la voz de alarma, habiendo tenido que intervenir las fuerzas de seguridad para, en primera instancia, comprobar la situación denunciada. En estos casos la víctima o bien es trasladada a un centro sanitario, a un centro residencial o al centro municipal de emergencia.

Tabla 141. Intervención fuerzas de seguridad en relación a la violación de derechos.

			<b>Intervención Fuerzas de Seguridad</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Violación derechos</b>	No	<b>F</b>	178	27	205
		<b>%</b>	93,7	90,0	93,2
	Sí	<b>F</b>	12	3	15
		<b>%</b>	6,3	10,0	6,8
Total		<b>F</b>	190	30	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 141 se muestra la intervención de las fuerzas de seguridad en el 10% de los casos de violación de derechos. Como quedó constancia con anterioridad esta tipología es la menos conocida, por lo que es explicable la poca intervención de las fuerzas de seguridad ante la misma.

Tabla 142. Intervención fuerzas de seguridad en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			Intervención Fuerzas de Seguridad		Total
			No	Sí	
Autonegligencia/autoabandono	No	F	169	23	192
		%	88,9	76,7	87,3
	Sí	F	21	7	28
		%	11,1	23,3	12,7
Total		F	190	30	220
		%	100,0	100,0	100,0

Según se observa en la tabla 142, ha habido intervención de las fuerzas de seguridad en el 23,3% de los casos de autonegligencia, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,51$ ,  $p = ,06$ . Muchos de los casos en los

que han tenido que intervenir ha sido porque dada la situación de autoabandono en el que se encontraba la víctima, ha habido una autorización judicial para un ingreso involuntario en un centro hospitalario o residencial, al considerar que la vida de la persona corría serio peligro. En otros casos ha sido motivado por la situación en la que se encontraba la vivienda respecto a carencias en las condiciones higiénico-sanitarias o por existir una sospecha de Síndrome de Diógenes, siendo necesaria una inspección in situ, habiéndose encontrado un 25% de casos de sospecha de Síndrome de Diógenes y un 64,3% de viviendas carentes de higiene, lo que debe hacer pensar en las condiciones en las que están viviendo las personas mayores y no disponer de recursos y prestaciones sociales suficientes capaces de paliar esta situación. En cualquier caso, los profesionales de los servicios sociales han funcionado como detectores de la situación, a la vez que han canalizado el caso, siendo garantía de protección.

De todos los tipos de maltrato, donde han intervenido en mayor proporción ha sido en el físico. Ello tiene su explicación ya que es más probable que se recurra a las mismas ante una agresión física que ante otro tipo de maltrato. En cualquier caso, a excepción del sexual o de la violación de derechos, las fuerzas de seguridad han tenido un papel importante siendo significativa su intervención.

A continuación se pasa a analizar cómo son las relaciones familiares entre los diferentes miembros del núcleo familiar (padres-hijos, hermanos) en relación a los diferentes tipos de malos tratos infringidos. Como se expuso en la primera parte, para las personas mayores, la familia es su principal



referente y grupo de pertenencia; es el ámbito de refugio, de apoyo, auxilio, compañía, cooperación y asistencia. En la actualidad y, debido a los conflictos intergeneracionales, los mayores se sienten abandonados por sus hijos, produciéndoles sentimientos de malestar y sufrimiento, a la vez que puede ser un factor de riesgo para que se produzca maltrato (Kalavar, Jamuna y Farida, 2013).

En primer lugar se expone, mediante tabla de contingencia, como son las relaciones familiares en general para a posteriori analizarlas en relación a cada tipología de maltrato.

Tabla 143 de contingencia de las relaciones familiares en relación al sexo del agresor, en frecuencias y porcentajes.

		<b>Sexo del agresor</b>			
		<i>VARON</i>		<i>MUJER</i>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas	<i>No</i>	81	75,0	54	71,1
	<i>Sí</i>	27	25,0	22	28,9
Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas	<i>No</i>	93	86,1	67	88,2
	<i>Sí</i>	15	13,9	9	11,8
Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar	<i>No</i>	84	77,8	62	81,6
	<i>Sí</i>	24	22,2	14	18,4

Como se observa en la tabla 143, las relaciones paterno filiales están más deterioradas cuando el agresor es mujer, sin embargo sucede al contrario en las relaciones deterioradas entre hermanos o de toda la unidad familiar. En cualquier caso, en todas, la diferencia es mínima.

Tabla 144. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación al maltrato físico.

			<b>Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	136	28	164
		<b>%</b>	80,0	56,0	74,5
	Sí	<b>F</b>	34	22	56
		<b>%</b>	20,0	44,0	25,5
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 144, en el 44% de los casos de maltrato físico, las relaciones paterno-filiales se encuentran deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 11,72$ ,  $p = ,00$ . Existe literatura en la que se recoge que la existencia de conflictos intergeneracionales entre padres e hijos pueden incrementar el riesgo de maltrato (Jayawardena y Liao, 2006), coincidiendo con esto los datos obtenidos en el estudio.

Tabla 145. Relaciones entre los hermanos deterioradas en relación al maltrato físico.

			<b>Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	150	14	164
		<b>%</b>	76,5	58,3	74,5
	Sí	<b>F</b>	46	10	56
		<b>%</b>	23,5	41,7	25,5
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 145, las relaciones entre los hermanos, que son los hijos de la víctima, están deterioradas en el 41,7%, siendo estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 3,73$ ,  $p = ,05$ . Este deterioro entre los hermanos puede desembocar en maltrato al no existir coordinación ni acuerdos respecto al cuidado de los padres, ya que entre ellos la comunicación, derivada de esa mala relación, es inexistente.

Tabla 146. Relaciones deterioradas entre todos los miembros de la unidad familiar en relación al maltrato físico.

			<b>Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato físico</b>	No	<b>F</b>	141	23	164
		<b>%</b>	78,3	57,5	74,5
	Sí	<b>F</b>	39	17	56
		<b>%</b>	21,7	42,5	25,5
Total	<b>F</b>		180	40	220
	<b>%</b>		100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 146, en el 42,5% de los casos de maltrato físico, las relaciones entre todos sus miembros están deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 7,48$ ,  $p = ,00$ , así pues ante situaciones como estas concluimos, al igual que la literatura consultada, que la probabilidad de sufrir maltrato físico aumenta y por tanto el deterioro de las relaciones se considera un factor de riesgo.

Tabla 147. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación al maltrato psicológico.

		Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas		Total
		No	Sí	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	127	26
		<b>%</b>	74,7	52,0
	Sí	<b>F</b>	43	24
		<b>%</b>	25,3	48,0
Total	<b>F</b>		170	50
	<b>%</b>		100,0	100,0

Como se observa en la tabla 147, en el 48% de los casos de maltrato psicológico las relaciones paterno-filiales están deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 9,40$ ,  $p = ,00$ . El porcentaje de deterioro en las relaciones paterno-filiales aún es mayor que en el maltrato físico. No es de extrañar que dicho deterioro desencadene conductas despreciativas, amenazantes, insultos, etc. en los hijos, que como se ha expuesto con anterioridad, son los mayores responsables del maltrato en varones y mujeres, junto con los esposos cuando la víctima es mujer.

Tabla 148. Relaciones entre los hermanos deterioradas en relación al maltrato psicológico.

		Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas		Total
		No	Sí	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	143	10
		<b>%</b>	73,0	41,7
	Sí	<b>F</b>	53	14
		<b>%</b>	27,0	58,3
Total	<b>F</b>		196	24
	<b>%</b>		100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 148, en el maltrato psicológico las relaciones entre los hermanos, que son hijos de la víctima, se encuentran deterioradas en el 58,3% de los casos, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 9,88$ ,  $p = ,00$ . Ha quedado expuesto en el análisis anterior como el deterioro en las relaciones paterno-filiales conllevan conductas inadecuadas, lo que en el caso que este deterioro sea entre hermanos la probabilidad de sufrir maltrato psicológico es aún mayor.

Tabla 149. Relaciones deterioradas entre los miembros de la unidad familiar en relación al maltrato psicológico.

			Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar		Total
			No	Sí	
<b>Maltrato psicológico</b>	No	<b>F</b>	134	19	153
		<b>%</b>	74,4	47,5	69,5
	Sí	<b>F</b>	46	21	67
		<b>%</b>	25,6	52,5	30,5
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 149, en el 52,5% de los casos, las relaciones de todos los componentes de la unidad familiar están deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 11,21$ ,  $p = ,00$ . Como se comprueba por los resultados obtenidos, por regla general cuando las relaciones familiares no son buenas o está deterioradas, lo están en todos los miembros del núcleo de convivencia, siendo más probable que desemboque en un maltrato psicológico que físico.

Tabla 150. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación al maltrato económico.

			<b>Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	143	37	180
		<b>%</b>	84,1	74,0	81,8
	Sí	<b>F</b>	27	13	40
		<b>%</b>	15,9	26,0	18,2
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 150, en el 26% de los casos de abuso económico las relaciones paterno-filiales están deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 2,65$ ,  $p = ,08$ . El porcentaje en esta tipología es inferior que en las anteriores, aunque no significa que no tenga un peso importante.

Tabla 151. Relaciones entre hermanos deterioradas en relación al maltrato económico.

			<b>Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	165	15	180
		<b>%</b>	84,2	62,5	81,8
	Sí	<b>F</b>	31	9	40
		<b>%</b>	15,8	37,5	18,2
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se observa en la tabla 151, en el 37,5% de los casos las relaciones entre los hermanos están deterioradas, siendo estadísticamente significativa

$\chi^2 = 6,75$ ,  $p = ,01$ . Cuando la relación entre los hermanos está deteriorada, aumenta la probabilidad de que éstos abusen económicamente al estar la víctima más desprotegida, aunque también puede suceder todo lo contrario, que alguno de los hijos la proteja frente a los otros hijos e intermedie en el problema para solucionar el mismo.

Tabla 152. Relaciones deterioradas entre todos los miembros de la unidad familiar en relación al maltrato económico.

			<b>Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Maltrato económico</b>	No	<b>F</b>	153	27	180
		<b>%</b>	85,0	67,5	81,8
	Sí	<b>F</b>	27	13	40
		<b>%</b>	15,0	32,5	18,2
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 152, en el 32,5% de los casos las relaciones de todos los componentes de la unidad familiar están deterioradas, siendo estadísticamente significativa  $\chi^2 = 6,73$ ,  $p = ,01$ . Cuando esto se produce, la víctima se queda más desprotegida ya que no hay ningún miembro del núcleo familiar al que la víctima pueda recurrir para paliar la situación.

Tabla 153. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación a la negligencia.

			<b>Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	99	32	131
		<b>%</b>	58,2	64,0	59,5
	Sí	<b>F</b>	71	18	89
		<b>%</b>	41,8	36,0	40,5
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 153, en el 36% de los casos de negligencia las relaciones paterno-filiales se encuentran deterioradas, no siendo estadísticamente significativa.

Tabla 154. Relaciones entre hermanos deterioradas en relación a la negligencia.

			<b>Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	120	11	131
		<b>%</b>	61,2	45,8	59,5
	Sí	<b>F</b>	76	13	89
		<b>%</b>	38,8	54,2	40,5
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se aprecia en la tabla 154, en los casos de negligencia aumenta significativamente el porcentaje al estar las relaciones entre los hermanos deterioradas, el 54,2%, aunque dicha relación no es estadísticamente significativa.



Tabla 155. Relaciones deterioradas de la unidad familiar en relación a la negligencia.

			<b>Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Negligencia</b>	No	<b>F</b>	109	22	131
		<b>%</b>	60,6	55,0	59,5
	Sí	<b>F</b>	71	18	89
		<b>%</b>	39,4	45,0	40,5
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 155, en el 45% de los casos las relaciones de todos los componentes de la unidad familiar están deterioradas, no siendo estadísticamente significativa la relación. Cuando las relaciones familiares están deterioradas, la negligencia se situaría, en magnitud, por detrás del maltrato psicológico y del físico. Diferentes estudios han concluido que los problemas en las relaciones familiares, así como los conflictos interpersonales y de valores están íntimamente ligados a la negligencia o el abandono (Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013).

Tabla 156. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación al abandono.

			<b>Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Abandono</b>	No	<b>F</b>	111	27	138
		<b>%</b>	65,3	54,0	62,7
	Sí	<b>F</b>	59	23	82
		<b>%</b>	34,7	46,0	37,3
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se advierte en la tabla 156, en el 46% de los casos de abandono las relaciones paterno-filiales están deterioradas, no siendo la relación estadísticamente significativa.

Tabla 157. Relaciones entre hermanos deterioradas en relación al abandono.

			<b>Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Abandono</b>	No	<b>F</b>	125	13	138
		<b>%</b>	63,8	54,2	62,7
	Sí	<b>F</b>	71	11	82
		<b>%</b>	36,2	45,8	37,3
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se aprecia en la tabla 157, en el 45,8% de los casos las relaciones entre los hijos de la víctima están deterioradas, no siendo esta relación estadísticamente significativa.

Tabla 158. Relaciones deterioradas entre todos los componentes de la unidad familiar en relación al abandono.

			<b>Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Abandono</b>	No	<b>F</b>	113	25	138
		<b>%</b>	62,8	62,5	62,7
	Sí	<b>F</b>	67	15	82
		<b>%</b>	37,2	37,5	37,3
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Según se observa en la tabla 158, en el 37,5% de los casos las relaciones entre todos los miembros de la unidad familiar están deterioradas, no siendo

estadísticamente significativa la relación. En esta tipología se estaría en la misma proporción que en la negligencia, que son las dos tipologías en las que hay más acuerdo en que se produzcan en caso de relaciones familiares deterioradas.

Tabla 159. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación a la violación de derechos.

		Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas			Total
		No	Sí		
<b>Violación derechos</b>	No	<b>F</b>	162	43	205
		<b>%</b>	95,3	86,0	93,2
	Sí	<b>F</b>	8	7	15
		<b>%</b>	4,7	14,0	6,8
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 159 se observa como en el 14% de los casos en los que se produce una violación de derechos las relaciones paterno-filiales están deterioradas, siendo la relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 = 5,25$ ,  $p = ,03$ .

Tabla 160. Relaciones entre hermanos deterioradas en relación a la violación de derechos.

		Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas			Total
		No	Sí		
<b>Violación derechos</b>	No	<b>F</b>	188	17	205
		<b>%</b>	95,9	70,8	93,2
	Sí	<b>F</b>	8	7	15
		<b>%</b>	4,1	29,2	6,8
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Como se muestra en la tabla 160, en el 29,2% de los casos las relaciones entre los hermanos están deterioradas, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2=21,17$ ,  $p=,00$ .

Tabla 161. Relaciones deterioradas en los miembros de la unidad familiar en relación a la violación de derechos.

		Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar		Total
		No	Sí	
<b>Violación de derechos</b>	No	<b>F</b> 171	34	205
		<b>%</b> 95,0	85,0	93,2
	Sí	<b>F</b> 9	6	15
		<b>%</b> 5,0	15,0	6,8
Total		<b>F</b> 180	40	220
		<b>%</b> 100,0	100,0	100,0

En la tabla 161 se advierte que en el 15% de los casos las relaciones entre los diferentes miembros de la unidad familiar están deterioradas, siendo estadísticamente significativa esta relación,  $\chi^2=5,15$ ,  $p=,03$ . A pesar que en la literatura consultada no hay constancia de estudios donde se recojan datos al respecto, en el presente queda clara la relación existente entre violación de derechos y relaciones familiares deterioradas.

Tabla 162. Relaciones paterno-filiales deterioradas en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			<b>Relaciones entre padres (víctimas) e hijos deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Autonegligencia/autoabandono</b>	No	<b>F</b>	148	44	192
		<b>%</b>	87,1	88,0	87,3
	Sí	<b>F</b>	22	6	28
		<b>%</b>	12,9	12,0	12,7
Total		<b>F</b>	170	50	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 162 se observa que en el 12% de los casos de autonegligencia o autoabandono las relaciones paterno-filiales están deterioradas, no siendo estadísticamente significativa esta relación.

Tabla 163. Relaciones deterioradas entre hermanos en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			<b>Relaciones entre hijos de la víctima deterioradas</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Autonegligencia/autoabandono</b>	No	<b>F</b>	169	23	192
		<b>%</b>	86,2	95,8	87,3
	Sí	<b>F</b>	27	1	28
		<b>%</b>	13,8	4,2	12,7
Total		<b>F</b>	196	24	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Según se observa en la tabla 163, solo en el 4,2% de los casos las relaciones entre los hermanos está deteriorada, no siendo estadísticamente significativa la relación.

Tabla 164. Relaciones deterioradas entre los miembros de la unidad familiar en relación a la autonegligencia/autoabandono.

			<b>Relaciones familiares deterioradas de la unidad familiar</b>		Total
			<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<b>Autonegligencia/autoabandono</b>	No	<b>F</b>	155	37	192
		<b>%</b>	86,1	92,5	87,3
	Sí	<b>F</b>	25	3	28
		<b>%</b>	13,9	7,5	12,7
Total		<b>F</b>	180	40	220
		<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

En la tabla 164 se observa que en el 7,5% de los casos las relaciones entre todos los miembros de la unidad familiar se encuentran deterioradas, no siendo estadísticamente significativa la relación.

Llama la atención el escaso porcentaje existente entre la autonegligencia y las relaciones familiares deterioradas, ya que desde la experiencia profesional, se ha constatado que muchos casos en los que se producía autonegligencia o autoabandono, las relaciones familiares prácticamente eran inexistentes, careciendo la víctima de total apoyo.

Según se ha expuesto en las tablas anteriores, de los diferentes tipos de malos tratos, donde las relaciones familiares están deterioradas en mayor proporción es en el maltrato psicológico (más del 50%), seguido del físico,

del abandono y de la negligencia (en torno al 40%), en menor medida el económico (sobre el 30%), la violación de derechos (15%) y la autonegligencia. Hay que señalar que en el maltrato sexual no consta la existencia de relaciones familiares deterioradas. Dado los datos obtenidos, y en consonancia con la literatura, se considera un factor de riesgo el deterioro de las relaciones familiares (Jayawardena y Liao, 2006; Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013; Ramírez, 2008).

### II.3. DISCUSIÓN

El objetivo general propuesto para esta investigación ha sido el de describir la situación de los malos tratos a personas mayores en el ámbito familiar detectados por los servicios sociales comunitarios de Málaga, para tener mayor información y conocimiento del mismo de forma que sea de aplicación en la intervención profesional. Como respuesta a este objetivo, a continuación se exponen los resultados más significativos obtenidos en este estudio, analizando su consonancia y explicación respecto a investigaciones previas.

En relación al perfil y a los factores de riesgo asociados a la víctima, podemos concluir que el sexo es fundamentalmente femenino (70,9%). Este dato concuerda con lo recogido en la literatura en la que se constata que la prevalencia de maltrato a personas mayores es más del doble en mujeres, 3,8%, que en hombres, 1,1%, (O’Keeffe et al., 2007). Existe acuerdo en avalar como factor de riesgo en el maltrato a personas mayores el hecho de ser mujer (Abdel Raman y El Gaafary, 2012; DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Lachs et al., 2011). Algunos autores afirman que la violencia contra las mujeres mayores es una discriminación que les afecta como colectivo y que permiten dichas relaciones abusivas por haber sido socializadas para ser sumisas (DeFour, 2012; Heise, Raikes, Watts y Zwi, 1994). Quizás sea una indefensión aprendida y tienen dificultad para hacer ver lo que les está sucediendo.

En referencia a la edad, los datos han mostrado una víctima preferentemente de más de 80 años (63,2%). Entre los menores de 80 años,



hay mayor porcentaje de varones, mientras que en los mayores de 80 años, se produce un incremento en las agresiones a mujeres. Esta diferencia e inversión de los porcentajes entre los sexos en relación a la edad, se explica a su vez por la mayor longevidad de las mujeres y sus necesidades de cuidados. Edad y sexo se constatan por tanto como factores de riesgo, concluyendo como en estudios previos que es más frecuente que se produzca el maltrato en personas mayores de 75 años (Iborra, 2008; Lachs et al., 2011; National Center on Elder Abuse, 1998; Pérez-Cárceles et al., 2009; Yaffé et al., 2008), así como que existe discriminación por razón de edad (Stole, Hiller, Etkin, Mcleod, 2012). En la actualidad la pirámide de población cada vez se ensancha más en la cúspide, presentando un grupo etario con mayor longevidad y vulnerabilidad, al confluir en ellos diversos factores de riesgo: enfermedades incapacitantes, necesidad de cuidados, soledad, carencia de apoyo, etc. El prototipo de este grupo de población es el de una persona mayor denominada “anciano frágil” (aquel que se considera que tiene un alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial, en base a la presencia de algún factor de riesgo) que va a necesitar de cuidados de larga duración (Espinosa, Muñoz y Portillo, 2005). En los casos de malos tratos, se constata que las personas que ofrecen dichos cuidados son las que frecuentemente agreden, y lo hacen además en más de una ocasión. En el presente estudio, el 13,7% de las víctimas han sido agredidos más de una vez, y por más de una persona en el 10,2% de los casos.

Respecto al estado civil, no existe unanimidad en la literatura en cuanto a poder considerarlo como factor de riesgo. De acuerdo con ello, en esta

investigación los datos han sido inconsistentes, encontrándose en primer lugar víctimas viudas, seguidas de casadas, solteras y divorciadas. El porcentaje mayor de víctimas se encuentra nuevamente entre las mujeres, de estado civil viudas, hecho que va íntimamente unido a la mayor longevidad de éstas. Algunos autores señalan que las personas casadas, o que habitan en hogares intergeneracionales, presentarían mayor riesgo de sufrir maltrato (DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Lowenstein, 2009; Naughton et al., 2013; Schiamberg y Gans, 2000), en estos casos se estaría reproduciendo nuevamente una violencia de género. En otros estudios se concluye que las personas mayores viudas, separadas o divorciadas son más proclives a experimentar malos tratos (DeFour, 2012; Jürschik et al., 2013) y en otros serían las personas solteras (Abdel Raman y El Gaafary, 2012; Pérez-Cárceles, 2009). Todas ellas se presuponen que viven solas y, para estos autores, el vivir acompañados se considera un factor de protección.

En cuanto a las formas de convivencia, los varones viven en mayor proporción en hogares formados por dos personas, seguidos por hogares unipersonales, por tres personas y por cuatro. En referencia a las mujeres, en primer lugar en hogares unipersonales, seguidos de los de dos personas, por tres, por cuatro, por cinco y por seis o más. Según la Encuesta Continua de Hogares del 2013 (INE, 2014) la forma de convivencia más común en las personas de 65 o más años que viven en viviendas familiares es en pareja (40,7%), seguida de solas (22,5%). En la presente investigación, el mayor porcentaje se encuentra en los hogares unipersonales formados por mujeres, seguidos por los formados por dos personas en los varones. Ambas formas

de convivencia son lógicas ya que las mujeres enviudan en mayor proporción que los hombres y, una gran mayoría, se quedan viviendo solas, mientras que los varones suelen convivir con sus parejas.

En relación a la dependencia presente en la persona mayor, considerada como factor de riesgo, el estudio ha demostrado que la mayoría de las víctimas, tanto varones como mujeres, son dependientes, siendo fundamentalmente dependencia física para la realización de las ABVD, lo que concuerda con estudios previos (Abdel Raman y El Gaafary, 2012). En el caso de dependencia por deterioro cognitivo, el maltrato se produce en menor proporción, existiendo mayor deterioro cognitivo en las mujeres. Esta diferencia entre sexos respecto al deterioro cognitivo, se puede explicar debido a la mayor longevidad de las mujeres y la posibilidad de padecer algún tipo de demencia ya que aumentan con la edad, fundamentalmente de tipo Alzheimer (Hoyl, 2000). En España, Iborra (2008) concluye que la dependencia es un factor de riesgo y que ésta aumenta con la edad, estimando una prevalencia del 5,7% entre los grandes dependientes. Otros estudios concluyen que la dependencia física es un factor de riesgo sobre todo para determinada tipología como negligencia, abandono o maltrato psicológico (Dong, Chang, Wong, Wong y Simon, 2014) y para otros el deterioro cognitivo (Kosberg y Nahmiash, 1996). Nuestra investigación corrobora la dependencia, tanto física como deterioro cognitivo, como factor de riesgo.

Otro factor de riesgo es el nivel educativo que si es escaso, va a llevar consigo que la persona carezca de habilidades de comunicación y sociales

que le van a impedir pedir ayuda o incluso ser consciente de que está siendo víctima de abusos. En este estudio existe un altísimo porcentaje de víctimas que son analfabetas o analfabetas funcionales, llegando a suponer el 87,7% en las mujeres, coincidiendo con investigaciones en las que se contempla el nivel educativo como factor de riesgo (DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006; Rueda et al., 2008).

En cuanto al aislamiento social la mayoría de la bibliografía lo considera un factor de riesgo y el apoyo social un factor de protección (DeFour, et al., 2012; García y Castilla, 2012; Melchiorre et al., 2013; Naughton et al., 2013). En el presente estudio se constatan estos datos al evidenciarse que en todos los tipos de maltrato existe aislamiento en mayor o menor porcentaje, siendo el más significativo en el abandono. Algunas alternativas referenciadas a la prevención de este factor van dirigidas al desarrollo de programas de intervención que faciliten amistades y apoyos, tales como la realización de actividades sociales con enfoques intergeneracionales, fortalecimiento de asociaciones de mayores y promoción del voluntariado (Melchiorre et al., 2013; Stole, Hiller, Etkin y Mcleod, 2012). En la actualidad, desde los centros de servicios sociales comunitarios se están realizando actividades de este tipo destinadas al colectivo de mayores con la finalidad de reducir, en la medida de lo posible, el problema de la soledad y del aislamiento social.

Junto al aislamiento social, la literatura señala los problemas de salud mental como otro factor de riesgo asociado a las víctimas de maltrato (Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2008; Melchiorre, 2013). No

obstante, en los resultados del presente estudio sólo un pequeño porcentaje de las víctimas presenta problemas de salud mental, no considerando que sea muy significativo como para poder concluir que es un factor de riesgo. Con todo ello, y en resumen, los factores de riesgo asociados a la víctima que se recogen en la bibliografía se han identificado también en esta investigación, a excepción de los derivados de problemas de salud mental.

Respecto al perfil del agresor, también el sexo se presenta como un factor de riesgo, encontrando acuerdo con la literatura al constatarse que los que comenten malos tratos son preferentemente los varones (58,7%) (Bell, Oyebode y Oliver, 2004; Penhale, 2003). Para algunos autores el sexo está relacionado con el tipo de maltrato, encontrándose que los varones son, con mayor frecuencia, responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de la negligencia (Penhale, 2003; Phillips, 2005). En esta investigación se confirma este hecho, al encontrarse que quien agrede físicamente en mayor proporción es el varón y en la negligencia la mujer. Por otro lado, un porcentaje significativo de los casos los agresores son los cuidadores principales. Este dato es preocupante al relacionarse con la necesidad de dependencia de las víctimas, quienes en su mayoría no denuncian el maltrato y siguen sufriendolo en silencio, al encontrarse en ocasiones sin disponibilidad de otro cuidador y con el riesgo de un posible ingreso en centro residencial ante la falta de cuidados (Bowes, Avan y Macintosh, 2012). No hay constancia explícita en la literatura de si el agresor es o no el cuidador principal, a excepción de un estudio en el que consta que el 8,4% de los agresores son el cuidador principal (García y

Castilla, 2012), pero sí de que el agresor es un familiar de su entorno más cercano, por tanto es la familia quien sostiene la responsabilidad y el peso mayor en la prestación de cuidados y servicios a la persona mayor y la que ha de recurrir a apoyos externos por la sobrecarga que conlleva en los cuidadores (Esping-Andersen, 2004). Una de las prestaciones de la Ley de Dependencia es la prestación económica para cuidados en el entorno familiar; puesto que la mayoría de los agresores son los familiares cuidadores, esta circunstancia ha de ser tenida en cuenta por el profesional y valorar adecuadamente la pertinencia o no de la misma para impedir que un agresor pueda ser un receptor. En el estudio, existen agresores cuidadores principales que la están recibiendo.

Respecto al apoyo recibido por el agresor, en el presente estudio en torno al 75% de los agresores no dispone de ningún tipo de apoyo, lo que puede conllevarle sobrecarga, estrés, agotamiento, etc., desembocando, incluso, en claudicación. Iborra (2008) concluye en sus investigaciones que el 72,2% de los cuidadores que incurren en maltrato sienten que la situación les sobrepasa. El estrés y la sobrecarga son considerados otro factor de riesgo (Bowes, Avan, y Sherry Bien, 2012; Cohen, Levin, Gagin y Friedman, 2007), por lo que cualquier tipo de ayuda, incluido el asesoramiento, redundaría en beneficio del cuidador y de la víctima (Kalavar, Jamuna y Ejaz, 2013). Actualmente se cuenta, con independencia de los apoyos informales (familiares, amigos, vecinos) con apoyos formales (centros de estancia diurna, centros de respiro familiar, ayuda domiciliaria, voluntariado, etc.), que habría que potenciar con el objetivo de ayudar al cuidador y evitar así la

sobrecarga y el estrés que puede desencadenar en el maltrato, pues como concluye una investigación realizada en Canadá, menos del 11 % de los cuidadores reciben apoyo formal (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). En el presente estudio, los datos analizados concuerdan con ello, al disponer de este tipo de apoyo un pequeño porcentaje de los agresores y agresoras.

En cuanto a la forma de convivencia, más de la mitad de los agresores convive con su víctima y un porcentaje importante carece de vivienda propia. Esto, unido a que el agresor es un familiar muy cercano, va a impedir a la víctima que denuncie al ser conocedora de que el familiar no dispone de otra residencia y necesita la de ésta para vivir, además del temor a ser la causante de romper los lazos afectivos o de ser ingresada en un centro residencial.

Respecto al abuso de sustancias entendido como factor de riesgo de maltrato a mayores, en el presente trabajo los resultados coindicen con estudios previos, mostrando que quienes consumen en mayor proporción son los varones (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). El problema del consumo no es únicamente que pueda mermar el juicio de la persona consumidora y disminuir su nivel de inhibición, sino que supone un coste económico añadido que, a veces, es la propia víctima quien lo sufraga al no disponer el agresor de recursos económico. Unido al consumo, en la literatura se hace referencia a otro factor de riesgo asociado al agresor como es el padecer problemas de salud mental. Ello no debe justificar la realización de comportamientos violentos, pero sí hay que tener en cuenta de cara a la prevención que una persona

cuidadora con problemas psiquiátricos y que no tenga perfectamente controlada su enfermedad, es más fácil que se desestabilice ante la sobrecarga que otra que no los tenga. En este estudio existen agresores y agresoras con problemas de salud mental y, lo que es más preocupante, sin seguir el tratamiento adecuado.

La existencia de conflictos intergeneracionales entre padres e hijos, los problemas de pareja o entre hermanos pueden incrementar el riesgo de maltrato (Jayawardena y Liao, 2006). En el estudio, los agresores tienen problemas de relación tanto paterno-filiales, como relaciones deterioradas entre los hermanos, constatándose esta situación como factor de riesgo a tener en cuenta.

En relación a los factores de riesgo estructurales, como se ha dicho anteriormente los cuidados prolongados en el tiempo, además de las demandas excesivas de la víctima, pueden producir sobrecarga y estrés en el cuidador provocando agotamiento o un cuidado abusivo o ineficaz (Cohen et al., 2007; Iborra, 2008; Oh, Kim, Martins, y Kim, 2006). Ante ello, la ayuda recibida se presenta como factor de protección en beneficio tanto del cuidador como de la posible víctima. En general el apoyo formal que reciben los cuidadores es mínimo. Como se constata en la literatura, reciben apoyo formal menos del 11 % de los cuidadores (Sibbald y Holroyd-Leduc, 2012). En el estudio se corrobora que los agresores prácticamente no disponen ni de apoyo formal, ni informal, ni familiar, aunque lo recibe en mayor medida el agresor varón. La diferencia entre los géneros en recibir cualquier tipo de apoyo podría ser debido a que, en nuestra cultura, la



cuidadora ha sido y sigue siendo la mujer y al varón se le considera que carece de habilidades y conocimientos para ofrecer los cuidados, ofreciéndosele ayuda en mayor proporción que a la mujer. No se tiene constancia de que el apoyo que reciben sea previo o a posteriori a la detección del maltrato. En cualquier caso la ayuda recibida es escasa y los resultados complementan las investigaciones previas en cuanto a considerarlo un factor de riesgo. Si existiese una buena cobertura de prestaciones sociales como ocurre en otros países, se mitigaría la sobrecarga del cuidador. Hay estudios que señalan que en muchas ocasiones el orgullo o un fuerte sentido de la vergüenza impide al cuidador pedir ayuda (Bowes, Avan y Macintosh, 2012), aunque en el caso de España la justificación vendría más por la escasez de prestaciones y recursos específicos destinados a las personas mayores.

Otro factor de riesgo estructural es el aislamiento, tanto geográfico como social, del responsable del maltrato o de la persona mayor. En la presente investigación se ha constatado la existencia del aislamiento social de la víctima y en relación a la persona cuidadora también se produce éste aunque motivado, en la mayoría de los casos, por la imposibilidad de disponer de tiempo para ella misma renunciando, obligatoriamente, a cualquier contacto o actividad social que realizase con anterioridad. La falta de tiempo es uno de los “costes” que lleva aparejado el hecho de cuidar.

En relación a la historia de violencia familiar, la literatura hace referencia al hecho de que los hijos que han sido maltratados de pequeños, al ser adultos presentan riesgo de convertirse en responsables de maltrato (Baker,

2007; Sengstock y Hwalek, 1987), sin embargo los datos analizados muestran que un pequeñísimo porcentaje han sido maltratados previamente. Bien es cierto que muchas personas no quieren reconocer que han sido maltratadas por vergüenza, pero lo que resulta evidente es que la persona que maltrata, en una mayoría muy importante, no ha sido víctima, por lo que este factor de riesgo no se sustentaría con los resultados obtenidos.

Es importante tener en cuenta que el maltrato a mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación de cuidado (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008).

Con independencia de los factores de riesgo, los datos describen que el tipo de maltrato que, en mayor porcentaje, sufren las víctimas varones es el abandono (40,6%), seguido de la negligencia (32,8%), mientras que las mujeres la negligencia (43,6%), seguida en igual proporción del abandono y del maltrato psicológico (35,9%). Existen estudios en los que el tipo de maltrato más frecuente en la mujer es el psicológico (DeFour, 2012). Por otro lado, la negligencia y el abandono, son consecuencias de la dependencia de la persona mayor que al presentar mayores necesidades de cuidados, puede predisponer al cuidador a que cometa alguno de ellos motivado por el estrés y la sobrecarga (Dong et al., 2012). Ante todo ello, el apoyo social puede prevenir estos tres tipos de maltrato, sobre todo el psicológico (Melchiorre et al., 2013).

En cuanto a la tipología más frecuente cometida por el agresor varón, está en primer lugar la negligencia, seguida muy de cerca por el maltrato psicológico y el físico (36,1%). En las agresoras, más de la mitad cometen negligencia, seguido del abandono. Como puede apreciarse el maltrato que infringe la mujer está más en concordancia con el burnout o síndrome de estar quemado que por el hecho en sí de cometer conductas violentas, lo que viene a apoyar otras investigaciones en las que se recogen los efectos negativos del cuidado sobre la salud mental con aparición de trastornos depresivos, ansiedad, ira, hostilidad, entre otros, más que por enfermedad física, sobre todo en las cuidadoras teniendo éstas mayor probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo y síntomas asociados al estrés, que los cuidadores (Carretero, Garcés y Ródena, 2006; Dettinger y Clarkberg, 2002).

Otra circunstancia a destacar es el hecho de que las víctimas pueden sufrir más de un tipo de maltrato existiendo una concatenación entre ellos (DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Dong et al., 2012). En la investigación se constata que, algunas víctimas, pueden sufrir hasta seis tipos de malos tratos diferentes. El maltrato no consiste en una conducta única sino por el contrario se repite y, lo que es aún peor, aumenta en intensidad con el paso del tiempo. Una característica del maltrato a este colectivo es que no sólo lo infringe una persona, sino que en muchos casos la víctima lo es de diferentes personas a la vez, y lo sufren en más de una ocasión.

El parentesco entre víctima y agresor identificado en el presente estudio se muestra de acuerdo también con la literatura revisada al ser los agresores mayoritariamente varones, fundamentalmente hijos. Le sigue en menor proporción las hijas y la pareja en el caso de víctimas mujeres.

Al ser considerado el maltrato un comportamiento sancionable es preciso detenerse en el tema de las denuncias. Los resultados obtenidos muestran que se han presentado muchas más denuncias en los casos de malos tratos en los que el agresor es varón. Esta desproporción se podría explicar porque los varones son quienes, en mayor proporción, cometen el maltrato físico y los casos más graves. Respecto al tipo de maltrato, la mayor proporción de denuncias está en relación con el psicológico, seguido del físico, económico, negligencia, abandono, violación derechos y autonegligencia. Puede observarse como en la tipología considerada clásica y más conocida por todos, es donde se producen las denuncias principalmente, lo que avala la importancia de que se conozca el MPM, no solo a nivel de los profesionales, sino de la sociedad en general para que sea más fácil su detección y/o prevención. Estas denuncias siguen siendo la punta del iceberg, ya que solo se han realizado en un porcentaje de casos muy escaso. Varios son los motivos que puede llevar a la víctima a no denunciar: desconocimiento de cómo hacerlo y de cuál es el proceso; piensan, como en la violencia de género, que “ya pasará”; aunque tienen conocimiento del MPM no asocian fácilmente esas conductas abusivas en su vida personal con el maltrato (Naughton, Drennan, Lyons y Attracta, 2013) o porque han sido educadas en la sumisión y consideran que es un problema que debe quedar oculto

(DeFour, 2012). En el supuesto de denunciar, las personas mayores se quedan más desprotegidas al disponer de menor protección que las víctimas de violencia de género o de maltrato infantil.

Ante los casos de malos tratos detectados o llegados a los servicios sociales comunitarios es preciso dejar constancia del trabajo realizado por los trabajadores sociales de dichos centros. Si ha sido detectado en el centro, la intervención no se ha realizado exclusivamente por el profesional del mismo, sino que se ha procedido a la derivación a otras instituciones en el 62% de los casos de víctimas varones y en el 54,4% de mujeres. Estas derivaciones se han realizado en mayor proporción a los órganos judiciales y al servicio de valoración de la dependencia de la Consejería de Igualdad, Salud y Política Social. Ante situaciones de maltrato, la derivación y posterior intervención desde el órgano judicial es inexcusable de cara a la protección de la víctima. La derivación no implica “desentenderse” del problema, sino todo lo contrario, va a ser a raíz de ésta cuando la intervención profesional se realice coordinadamente desde los diferentes ámbitos institucionales implicados, favoreciendo una atención integral. Los resultados indican que existe una gran coordinación de manera continuada, lo que va a redundar en beneficio de la propia víctima. Las coordinaciones han sido fundamentalmente con el sistema sanitario público, la Delegación de Igualdad, Salud y Política Social y los órganos judiciales. De acuerdo con la literatura revisada, la coordinación interinstitucional es considerada una de las estrategias de intervención que pueden ayudar a dar respuestas más eficaces (Stole et al., 2012).

Por otro lado, los casos recibidos desde otras instituciones han sido importantes en cuanto al número, destacando en primer lugar el Teléfono de Atención al Mayor, seguido de las fuerzas de seguridad y del sistema sanitario. Este dato refleja cómo, para una gran mayoría de profesionales de otras instituciones que intervienen con población o colectivos en riesgo social, los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios son un referente fundamental, máxime cuando el problema en cuestión está relacionado con maltrato. Existe bibliografía donde se recoge la importancia de la intervención del trabajador social en los casos de malos tratos actuando como coordinador por ser el profesional mejor preparado y cualificado para ello (Schmeidel et al., 2012).

En su intervención, los trabajadores sociales han movilizado y solicitado diferentes recursos y prestaciones, destacando por peso e importancia el Servicio de Ayuda a Domicilio, bien municipal o de la Ley de Dependencia. Esta prestación contempla entre sus objetivos procurar la máxima autonomía y permanencia de las personas en su domicilio para no desvincularla de su entorno socioafectivo; apoyar a los familiares en sus responsabilidades de atención; retrasar o evitar la institucionalización, etc. Por la finalidad para la que se diseña esta prestación se muestra la más idónea de cara a la prevención de la sobrecarga o claudicación del cuidador y, como consecuencia, del maltrato. Junto a esta prestación y ante los casos en los que se detecta grandes carencias de higiene en el hábitat, ha sido preciso solicitar limpieza de choque y desinsectación sobre todo entre las víctimas varones. Llama la atención este dato ya que el porcentaje ha sido

muy elevado al igual que la sospecha de Síndrome de Diógenes. Ante estos resultados es necesario ofertar mayor apoyo y protección a esta franja de población pues no merecen vivir en las condiciones en las que lo hacen. Por último, dado que existen víctimas con deterioro cognitivo, los profesionales trabajadores sociales han solicitado incapacitación judicial e ingresos involuntarios en centros residenciales u hospitalarios como medidas de protección de las víctimas.

Como ha quedado constancia con los resultados obtenidos, los trabajadores sociales de los centros de servicios sociales comunitarios son los profesionales más idóneos, junto con los del sistema sanitario, para poder detectar cualquier caso de maltrato ya que al estar en primera línea y ser la puerta de entrada a todo el sistema, están en una situación privilegiada para conocer lo que ocurre en el territorio.

## II.4. CONCLUSIONES

En un intento de elaborar el perfil de la persona mayor víctima de maltrato de este estudio, se concluye que, estamos ante una mujer, mayor de 80 años. Su estado civil es el de viuda que vive en hogares unifamiliares o en pareja, frecuentemente de su propiedad. Percibe una pensión de viudedad o jubilación. Su nivel educativo es muy bajo, con un porcentaje incluso de analfabetas.

Son mujeres que carecen de apoyo, con las relaciones familiares deterioradas y aislamiento social. Son víctimas fundamentalmente de la negligencia, el abandono o maltrato psicológico, produciéndose una concatenación en muchos casos. Siendo infringidos por un varón del entorno familiar más cercano. Con dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Todo ello hace que se encuentren en un alto grado de vulnerabilidad y sufriendo en silencio pues se constata que sólo una minoría ha presentado denuncia.

En relación a los agresores estamos ante un varón del entorno familiar cercano, que principalmente infringen los tipos de malos tratos clásicos (negligencia, maltrato psicológico y físico). Suelen ser los cuidadores principales con escaso apoyo formal, informal o de otros familiares, que conviven con la víctima y dependen económicamente de ella. Son consumidores de alcohol o drogas ilegales y no han sufrido con anterioridad trato inadecuado por parte de la víctima. El hecho de cuidar puede ser una experiencia satisfactoria, pero también puede ser ingrata y solitaria que lleva al cuidador a padecer burnout, estrés y ansiedad. En la actualidad la figura



del cuidador se reconoce como un elemento clave para que las personas mayores puedan continuar en su hábitat, para prevenir los problemas que se acaban de mencionar se necesitan recursos y una implicación mayor de las administraciones públicas. La Ley de Dependencia, con sus servicios y prestaciones, si no se hubiese ralentizado su aplicación sería una buena manera de prevenirlo. Actualmente en los centros de salud y de servicios sociales existen programas educativos, con grupos de cuidadores, destinados a prevenir el burnout, adquisición de técnicas específicas, cambios posturales y en definitiva de lo que se trata es de “cuidar al cuidador” para que la labor sea más llevadera.

El maltrato a personas mayores no es la consecuencia de un único factor sino el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales, siendo aún hoy el más desconocido de todos los tipos de violencia familiar. Para su abordaje es necesaria una visión holística de la situación y es importante la coordinación con otras instituciones. Los profesionales de los centros de servicios sociales de este estudio la han realizado, estableciendo contacto y coordinación con centros de salud, hospitales, órganos judiciales, delegación de igualdad, entre otros.

Dada la diferencia existente entre los diferentes centros de servicios sociales en cuanto al número de casos detectados, se considera necesario la formación continuada de los profesionales implicados para que sean capaces de reconocer y detectar el mismo y proceder a su abordaje (Shankardass, 2013), a la vez que adquirir una “cultura” en cuanto a la detección. La realización de un protocolo de actuación específico para esta

tipología de maltrato aplicable a todo el territorio nacional, al igual que para la violencia de género o el maltrato infantil, se hace necesario.

En la intervención profesional para la protección de la víctima es necesario poner en marcha una serie de recursos y prestaciones, los cuales se demoran en el tiempo pues desde que se solicita hasta que se concede, pasa un tiempo considerablemente largo, máxime teniendo en cuenta que son situaciones de riesgo social. Los profesionales en su intervención movilizan muchos y variados recursos, siendo necesario agilizar su trámite.

Sería adecuada la realización de campañas divulgativas de concienciación y formación dirigidas al total de la población, conjuntamente con otras destinadas especialmente a las personas mayores, para que aumente el conocimiento sobre el MPM. Los medios de comunicación serían un instrumento de gran valor para sensibilizar a la opinión pública y dar a conocer el problema.

Se han de modificar las actitudes hacia las personas mayores, reduciendo los estereotipos negativos, mediante la realización de actividades intergeneracionales, promoción del voluntariado, transmitiendo una imagen más positiva de las mismas. Mientras se siga desvalorizando a este sector de población y se les margine de la sociedad, quedarán expuestos a la discriminación y a las diferentes formas de maltrato.

Así pues, es necesaria más información, educación, protocolos de detección y de intervención con pautas de actuación para los profesionales

sociosanitarios ya que son los que están mejor situados para la detección e intervención en el mismo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel Rahman, T. y El Gaafary, M. (2012). Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatrics Gerontology International*, 12: 532–537.
- Abellán García, A. y Ayala García, A. (2012). “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº131. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pmindicadoresbasicos12.pdf>
- Acierno, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., Wendy Muzzy, M. y Kilpatrick, D. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100 (2): 292-297.
- American Medical Association. (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Chicago, IL: American Medical Association.
- Anetzberger, G. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Anetzberger, G.J. (2005). Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28(1/2), 27-41.

- Anetzberger, G.J. (2005). Clinical Mangement of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28(1/2), 27-41.
- Anetzberger, G., Korbin, J. y Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2), 184–193.
- Anooshian, L. J. (2005). Violence and aggression in the lives of homeless children: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 129–152.
- Ansello, E.F. (1996): Causes and Theories. En: L.A. Baumhover y S. Colleen: *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons. Strategies for Assessment and Intervention* (pp. 9-30). London: Health Professions Press.
- Aravanis, S.C., Adelman, R.D., Breckman, R., Fulner, T.T., Holder, E., Lachs, M., et al. (1993). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Familiiy Medicine*, 2(4), 371-388.
- Ayuntamiento de Barcelona (2014). *L'actuació davant el maltractament a les persones grans. Eixos principals del nou protocol municipal*.
- Ayuntamiento de Málaga (2014). Mapa de Trabajo Social de Málaga 2012. Observatorio Municipal para la Inclusión Social. Volumen 0
- Baker, A.A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24.

- Baker, M.W. (2007). Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(6): 313-321.
- Bass, D.M., Anetzberger, G.P., Ejaz, F.K. y Nagpaul, K. (2001). Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(2), 23-38.
- Bazo, M.T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(1):8-14.
- Bell, B., Oyebode, J. y Oliver, C. (2004). The Physical Abuse of Older Adults: The Impact of the Carer's Gender, Level of Abuse Indicators and Training on Decision Making. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(3), 19-44.
- Block, M.R. y Sinnott, J.D. (Eds.) (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Center on Aging: College Park, MD.
- Bover, A., Moreno, ML., Mota, S. y Taltavull, JM. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria*. 32:541-551.
- Bowes, A., Avan, G. y Macintosh, S.B. (2012). Cultural diversity and the mistreatment of older people in black and minority ethnic

- communities: Some implications for service provision. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 24.3: 251-274.
- Brandl, B.D.; Heisler, C.J.; Marlatt Otto, J.; Siegel, L.A.; Thomas, R.W. (2007). *Elder abuse detection and prevention: A collaborative approach*. New York: Springer
- Braun, K., Suzuki, K., Cusick, C. y Howard-Carhart, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 9 (1), 1-15.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychopathology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1995). The bioecological model from a life course perspective-Reflections of a participant observer. En: P. Moen, G. Elder y K. Luscher. *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development* pp. 599-618. APA: Washington, DC.
- Burston, G.R. (1975) "Granny Battering". *British Medical Journal* (3), 592.
- Butler, R.N. y Lewis, C.N. (1973). *Communication health and the elderly*. Ed: Howars Giles, Nikolas Coupland y John Wiemann.



- Bytheway, B. (1994). *Ageism*. Buckingham: Open University Press.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994). 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 151. 1413-1420.
- Carretero, S.; Garcés, J. y Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*. Ed. Tirant lo Blanch.
- Carvajal, A. (2002). Teorías y modelos: formas de representación de la realidad social. *Comunicación 12 (1)*: 1-14. Instituto Tecnológico de Costa Rica.
- Castilla, R. (2009). Maltrato a personas mayores, ¿un problema por detectar?. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social*. Edición especial, I Congreso de Trabajo Social. Tomo II: 39-48.
- Castilla, R. y Palma, M.O. (2014). Aproximación a la situación del maltrato a las personas mayores en Málaga. <http://hdl.handle.net/10630/7745>
- Código Civil (1889). Real Decreto de 14 de Julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *BOE 25 julio 1889*, nº 206.
- Cohen, M. Levin, S.H., Gagin, R. y Friedman, G. (2007): Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.

- Collins, K.A. (2006). Elder Maltreatment. A Review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 130, 1290-1296.
- Conseil de L'Europa, (1992). La violence envers les personnes âgées. Estrasburgo.Francia.
- Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) (2009). *Personas mayores vulnerables:Maltrato y abuso*. Centro de documentación judicial. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csis.es/documentos/cgpj-personasmayores-01.pdf>.
- España (1978). *Constitución Española*.
- Cooper, C., Manela M., Katona C., y Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia: Prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 283–288.
- Cooper, C.; Selwood, A.; Blanchard, M. y Livingston Gill, (2010). Abusive behavior experienced by family carers from people with dementia: the CARD (caring for relatives with dementia). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81(6), 592-596.
- Corsi, J. y Peyrú, G. (2003). *Violencias sociales*. Barcelona: Ariel.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”*. Colección Estdios. Serie Dependencia nº 12.006.

- Choi, N.G. y Mayer, J. (2000). Elder Abuse, Neglect, and Exploitation: Risk Factors and Prevention Strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25.
- Daly, Jeanette M ; Schmeidel Klein, Amy N. y Jogerst Gerald J. (2012). Critical care nurses' perspectives on elder abuse. *Nursing in Critical Care* 17.4 (Jul-Aug 2012): 172-179.
- De Francisco1 M.L. y Solano, M.A. (2012). Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011. *Cuad Med Forense* 18(3-4):000-000.
- De Miguel, A. (2011). Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. En P. García; J.M. Bethencourt; E. Sola; A.R. Martín y E. Armas (eds). *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Granada: Ed. Comares. ISBN: 978-84-983682-0
- De Vicente Centro, A.; García Gordillo, C. y Hernández Hueros, J.V. (2013). La vivienda del mayor: condiciones y riesgos. Fundación Mapfre, Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente (Dic. 2013).
- Decalmer, P. y Glendenning, F. (eds.) (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.

- DeFour, D.C. (2012). “The Test of a Civilization Is the Way that It Cares for Its Helpless Members”: Violence Against Older Women. *Women & Therapy*, 35:248–260. ISSN: 0270-3149
- DeLiema, M.; Gassoumi, Z.; Homeier, D. y Wilber, K. (2012). Determining Prevalence and Correlates of Elder Abuse Using Promotores: Low-Income Immigrant Latinos Report High Rates of Abuse and Neglect. *JAGS* 60 (7):1333–1339.
- Dominguez, C. y Bazo, M.T. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* n° 73: pp 43-56.
- Dong, X., Simon, M. y Evans, D. ( 2012). Decline in Physical Function and Risk of Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. *JAGS* 60 (10):1922–1928.
- Dong, X., Chang, E. S., Wong, E., Wong, B., Simon, M. (2014). Association of Depressive Symptomatology and Elder Mistreatment in a U.S. Chinese Population: Findings From a Community-Based Participatory Research Study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(1), 81-98. doi: 10.1080/10926771.2014.864740
- Eisenberger, N.I.; Lieberman, M.D., (2005). Why it hurts to be left out: the neurocognitive overlap between physical and social pain. *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection, and bullying* pp. 109-127.
- [Elpais.com/diario/2008/02/19/sociedad/1203375601\\_850215.html](http://Elpais.com/diario/2008/02/19/sociedad/1203375601_850215.html).

Esping-Andersen, G. (2004). El Estado de bienestar en el siglo XXI. *La Factoría*, n° 22-23. En <http://www.revistalafactoria.eu/articulo.php?id=248>

Espinosa, J.M., Muñoz, F. y Portillo, J. (2005). Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia (And)* Vol. 6, N.º 3: 49-50.

Eulitt, P. J., Tomberg, R. J., Cunningham, T. D., Counselman, F. L., y Palmer, R. M. (2014). Screening Elders in the Emergency Department at Risk for Mistreatment: A Pilot Study. *J Elder Abuse Negl.* 26(4):424-435 doi:10.1080/08946566.2014.903549

Findling, L; Lehner, MP; Ponce, M; Venturiello, MP y Mario, S. Adultos Mayores: Percepción de Salud y Redes Sociales. “Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008”.

Fiscalía General del Estado. Memoria año 2013, (2014) [https://www.fiscal.es/memorias/memoria2014/FISCALIA\\_SITE/recur sos/pdf/capitulo\\_III/cap\\_III\\_1.pd](https://www.fiscal.es/memorias/memoria2014/FISCALIA_SITE/recur sos/pdf/capitulo_III/cap_III_1.pd).

Fulmer, T. y O'Malley, T.A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A healthcare perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publications.

Fulmer, T., Street, S. y Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of emergency nursing*, 10(3), 131-140.

Fundació Viure i Conviure (2007). *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores*. Caixa Catalunya, Obra Social.

Fundación Mapfre (2013). *La vivienda del mayor: condiciones y riesgos*. Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente.

Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2003). Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy*, 65, 201-215.

García, J., Rosillo, D., Salazar, IR., Raygal, PJ., Lázaro, RS., Cánovas, JP. (2011). De hiperfrecuentadora a abuela esclava. Estudio de un caso de sobrecarga del cuidador desde el Síndrome de la Abuela Esclava de Guijarro Morales. *Rev. Enfermería Global* nº 31: 1-11. ISSN 1695-6141.

García, M.A. y Castilla, R. (2012). Elder Abuse Registered by the Health Care Centers in Málaga over the Decade 2001-2010. *RevistaeSalud.com, Vol. 8, N° 31, 1-3*.

García, M.M.; Mateo, I. y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 1B (Supl 1), 132-139.

Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vilá A, Vilalta-Franch J, Frailty and Dependence in Girona Study Group. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in

- people aged 75 and older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57: 815-822.
- Gill, C. (2006). Understanding theories and their links to intervention strategies. In M. Rucklos Hampton, & N. Gerrard (Eds.), *Intimate partner violence* (pp. 47–66). Toronto, ON: Cormorant Books Inc.
- Glendenning, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En: P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 13-41). London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.
- Gobierno Vasco (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Documentos de Bienestar Social n° 75*.
- Gobierno Vasco (2013). *Instrumento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV*. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Godkin, M., Wolf, R. y Pillemer, K. (1989). A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3), 207-225.
- Gordon, R.M. y Brill, D. (2001): The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- Gracia, J. (2012). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*. Prensas Universitarias de Zaragoza. ISBN 978-84-15538-20-2.

- Guerrini, M.E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Margen* 57 (Marzo 2010): 1-11.
- Guijarro A. El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI. *Investigación Clínica* 2001; 4(4).407-410.
- Guijarro A. (2004). *El Síndrome de la Abuela Esclava*. Pandemia del Siglo XXI. 2ªEdición. Grupo Editorial Universitario. Granada: 2004.
- Gutierrez, F (2008). *El acoso inmobiliario. Una lucha desigual. El caso de Málaga*. Oficina del Defensor del Ciudadano. Diputación Provincial de Málaga.
- Harbison, J., Coughlan, S., Beaulieu, M., Karabanow, J., VanderPlaat, M., Wildeman, S. y Wexler, E. (2008). Understanding “Elder Abuse and Neglect”: A Critique of Assumptions Underpinning Responses to the Mistreatment and Neglect of Older People. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 24.2 (Apr 2012): 88-103.
- Henderson, D., Buchanan, J.A. y Fisher, J.E. (2002): Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. Schewe (ed.): *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (pp. 223-245). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Homans, G.C. (1961). *Social Behaviour: It's Elementary Forms*. New York. Harcourt, Brace and World.



Homans, G.C. (1967). Fundamental Social Processes, en Smelser, N. (ed), *Sociology* . Nueva York: Wiley.

Homer, A. C y Gilleard, C. (1990): “Abuse of elderly people by their carers”, *British Medical Journal*, vol. 301, nº 6.765, pp. 1.359-1.362.

Hoover, R. M., y Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*, 89(6), 453-460.

Hoyl, M.T. (2000). Demencia. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Vol. 29, Nº 1-2. Universidad Católica de Chile.

Iborra I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia. Centro Reina Sofía, serie Documentos, Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia\\_Genero\\_Ficheros\\_Maltrato\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf).

Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) Versión española. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/corral-maltrato-01.pdf>).

INPEA (2007): [www.inpea.net](http://www.inpea.net)

INPEA-AGE. (2008). World Elder Abuse Awareness Day 15 June 2008 Retrieved from [http://www.ageplatform.org/EN/IMG/pdf\\_Press\\_Release\\_Elder\\_AbuseAwarenessDay.pdf](http://www.ageplatform.org/EN/IMG/pdf_Press_Release_Elder_AbuseAwarenessDay.pdf)

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008). *La participación Social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. Nº 11005.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situación de Dependencia. EDAD, 2008
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Mujeres y hombres en España*. Esperanza de vida.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Encuesta Continua de Hogares. Año 2013*.
- Jayawardena, K.M. y Liao, S. (2006). Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.
- Jogerst, G., Daly, J.M., Galloway, L., Zheng, S. y Xu, Y. (2012). Substance abuse associated with elder abuse in the United States. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 38.1 63-69.
- Johnson, T. (1986). Critical Issues in the Definition of Elder Abuse. In K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*: pp.167-193. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
- Junta de Andalucía (2003). Orden de 1 de septiembre, *por la que se establece un programa de orientación jurídica para las personas titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco*. BOJA número 189, de 1 de octubre 2003.

- Junta de Andalucía (2004). Decreto 23/2004, de 3 de febrero, *por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores*. [BOJA núm. 25, de 6 de febrero 2004.](#)
- Junta de Andalucía (2011). Decreto 375/2011, de 30 de diciembre, *por el que se regula el Servicio de Asistencia a Víctimas en Andalucía*. BOJA número 8 de 13 de enero de 2012.
- Jürschik, P.; Viladrosa, M.; Botigué, T.; Lavedán, A.; Vena, A.B. y Noguera, T. (2013). Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 48(2): 55-58.
- Kalavar, Jyotsna M.; Jamuna, Duvvuru; Ejaz, Farida Kassim (2013). Elder abuse in India: Extrapolating from the experiences of seniors in India's "pay and stay" homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 25(1): 3-18.
- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosachea, S., Martin, L. y Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de Frustración en Humanos. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2009, Vol. 27, N°2, 191-201
- Kessel, H., Marín, N. y Maturana, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 31, 367-372.

- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Ed. Paidós.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50
- Kosberg, J.I. y Nahmiash, D. (1996). *Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect*. En: L.A. Baumhorer y S.C. Bell (Eds.). Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention (pp. 31-50). Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Lachs, M. (Coord.) (2011). *Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study*.
- Lafata, M.J. y Helfrich, C.A. (2001). The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist. En C.A. Helfrich. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy* (pp. 141-163). The Haworth Press, Inc.
- Lang, G., y Enzenhofer, E. (2013). Quality of life of older women with dependency and abuse experience. *Z Gerontol Geriatr*, 46(1), 27-34. doi: 10.1007/s00391-012-0318-2.
- Lau, E. y Kosberg, J.I. (1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15.

Leturia, F.J. y Etxaniz, N. (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del mal trato*. Colección Derechos Humanos “Juan San Martín”

Ley Enjuiciamiento Criminal (1882). Promulgada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1882. *BOE 17 septiembre 1882*, nº 260.

Ley 35/1995, de 11 de diciembre, *de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual*.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, *del Código Penal*.  
Disponible en:  
[https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=038\\_Codigo\\_Penal\\_y\\_legislacion\\_complementaria&modo=1](https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria&modo=1).

Ley 6/1999, de 7 de julio, *de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía*.

Ley 27/2003, de 31 de julio, *Reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica*.

Ley 41/2003, de 18 de noviembre, *de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad*.

Ley 42/2003, de 21 de noviembre, *de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos*.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*.

Lichtenstein, B., y Johnson, I. M. (2009). Older African American women and barriers to reporting domestic violence to law enforcement in the rural deep South. *Women & Criminal Justice*, 19, 286–305.

Lorenzo, T.; Maseda, A. y Millán, J. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias

Lowenstein, A. Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T. y Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon?. Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3):253-277.

Macassa, G.; Viitasara, E.; Sundin, Ö.; Barros, H.; Torres Gonzales, F.; Soares, J., (2013) Psychological abuse among older persons in Europe: A cross-sectional study. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 5.1: 16-34.

Martínez Martínez, A.L. (2010). *Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2010. [www.eumed.net/rev/cccss/10/](http://www.eumed.net/rev/cccss/10/)

- Martínez Maroto, A. (2005). El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. Madrid, *Informe Portal Mayores*, nº 40. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>
- McDonald, L. y Thomas, C. (2013). Elder abuse through a life course lens. *International Psychogeriatrics* 25:8, 1235–1243.
- Melchiorre, M.G.; Chiatti, C. y Lamura, G. (2012) Tackling the Phenomenon of Elder Abuse in Italy: A Review of Existing Legislation and Policies as a Learning Resource, *Educational Gerontology*, 38:10, 699-712, DOI: 10.1080/03601277.2011.608610
- Melchiorre, MG; Chiatti, C; Lamura, G; Torres-Gonzales, F; Stankunas, M; Lindert, J; Ioannidi-Kapolou, E; Barros, H; Macassa, G; Soares, J. (2013) *Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. PLOS ONE* 8 (1). doi: 10.1371/journal.pone.0054856.
- Mestre, J.M., Guillen, J. y Caro, F. (2012). Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: Recurso de conciliación de la vida social y familiar. *Portularia XII, N° Extra*, 231-238.
- MetLife Mature Market Institute. (2011). MetLife Study of Elder Financial Abuse: Crimes of occasion, desperation, and predation against elders. Retrieved June 25, 2011, from <http://www.metlife.com/mmi/research/elder-financial-abuse>

- Moya, A. y Barbero, J. (coord.). (2005). Maltrato a personas mayores: guía de actuación. *Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores*. Observatorio Personas Mayores.
- Muñoz Tortosa, J. (2004), *Personas mayores y malos tratos*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- Naciones Unidas (1985). *Séptimo congreso de las Naciones Unidas sobre la prevención del delito y tratamiento del delincuente*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- Naciones Unidas (2008). *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales incluido el derecho al desarrollo*. Informe del Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, sr. Miloon Kothari. A/HRC/7/16/add.2.
- National Center on Elder Abuse. (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Available at Disponible en: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M.P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., O'Loughlin, A. y Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. National Centre for the Protection of Older People UCD School of Nursing, Midwifery and Health Systems.



Naughton, C., Drennan, J., Lyons I. y Attracta, L. (2013). The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 25:8, 1257–1266.

Norris. D., Fancey, P., Power, E. y Ross, P. (2013). The Critical-Ecological Framework: Advancing Knowledge, Practice, and Policy on Older Adult Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25:1, 40-55.

Oh, J., Kim, H.S., Martins, D. y Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.

O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S., & Erens, B. (2007). *UK study of elder abuse and neglect of older people: Prevalance survey report*. London: National Centre for Social Research.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (OMS), International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA). (2002). *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2008). A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Universidad de Ginebra. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/ELDER\\_DocAugust08.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf)

Organización Mundial Salud (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen:OMS.

Otero, L., Maseda, T., y Millán, J. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias

Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic, Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.

Penhale, B. (2003). Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse: A Review of Commonalities, Differences, and Shared Approaches. *Journal of Elder Abuse*, 15(3/4), 163-183.

Pérez-Cárceles, M.D.; Rubio, I.; Pereñíguez, J.E.; Pérez-Flores, D.; Osuna, E. y Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137.

Pérez Ortiz, L. (2004). Envejecer en femenino. *Perfiles y tendencias. Boletín sobre el envejecimiento*, 9. Madrid: IMSERSO.

Pérez, L (2005-2006). *Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Pérez Rojo, G. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 16. [Fecha de publicación: 30/04/2004]. <<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>>

Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I., (2008). *Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez-Rojo, G., (2008). Factores de riesgo de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Penhale (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*: 17-21.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (2008): Identificación de factores de riesgo de malos tratos hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1): 105-117.

- Pérez-Rojo G., Izal, M., Montorio, I. Regato, P y Espinosa. J.M (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.048>
- Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*. N° 45(4): 213-218.
- Pérez Rojo, G. y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Rev. De Ciencias Sociales*. N° 41, 127-167. ISSN: 2254-724X.
- Perianes, A. y Alia, M.J. (2009). Medidas jurídicas de prevención y protección. En *Personas Mayores Vulnerables: maltrato y abusos*. Ganzenmüller, C. y Sánchez, C. Consejo General del Poder Judicial.
- Phillips, L.R. (1986). Theoretical Explanations of Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issues. En K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family* (pp. 197-217). Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
- Phillips, L.R. (2005). El género como factor de riesgo. En Iborra, *Violencia contra personas mayores* (pp. 87-112). Barcelona: Ariel.
- Phillipson, C. (2000). Los malos tratos a los ancianos: perspectivas sociológicas, en Decalmer, P, Glendenning, F. (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós, pp 105-109.

- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988): The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Pillemer, K. y Suitor, J.J. (1988). Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed) y R. L. Morrison (Ed). *Handbook of Family Violence* (pp. 247-270). New York, NY, US: Plenum Press.
- Pillemer K, Finkelhor D.,(1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *Am J Orthopsychiatry*, 59:179–187.
- Pillemer, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. En I. Iborra, *Violencia contra personas mayores* (pp. 69-86). Barcelona: Ariel.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 41: pp. 252-282.
- Quinn, M.J. y Tomita, S.K. (1997): *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies* (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ramírez, M.N. (2008) “*Calidad de vida en la Tercera Edad*” ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?. Tesina. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.
- Rinker, A.G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1): 110-115.
- Risco C, Paniagua MC, Jiménez G, Poblador MD, Molina L, Buitrago F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en la población anciana. *Medicina Clínica (Barc)*.125 (2) 51–5.

- Rivas, A.M.; Jociles, M.I. y Moncó, B. (2011). Las madres solteras por elección: ¿ciudadanas de primera y madres de segunda? *Revista Internacional de Sociología*, 69, (1), 121-142.
- Rodriguez, E., Lasch, K. E., Chandra, P. y Lee, J. (2001). Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: What is the relation? *Epidemiology & Community Health*, 55, 172-178.
- Rodríguez, P. y Sancho, M. (1999). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores: Las situaciones de fragilidad. En F. J. Leturia, J. J. Yanguas y M. Leturia (Eds.), *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI* (pp. 47-66). San Sebastián: Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Social de Guipuzcoa.
- Rueda J., de la Red N., Vega C., Nieto M., Niño V. y Arquiza R. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. *Colección documentos de acción social, serie personas mayores*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e igualdad de oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales.
- Rueda, J.D y Martín, F.J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33. ISSN 1133-0473.
- Ruiz, A., Altet, J., Porta, N., Duaso, P., Coma, M. y Recasens, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27: 331-334.

- Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ed. Universidad Deusto.
- Ruiz, D., Bermúdez, J.A. y Ruiz, F. (2014). Mapa de Trabajo Social de la ciudad de Málaga. Cifras e indicadores demográficos. *TS Difusión*, 106 : 14-19.
- Sancho, M. T. (coord.) (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. IMSERSO, SEGG y OMS. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Documentos Técnicos nº 21013. Observatorio de Personas Mayores.
- Sancho M. T., Pérez-Rojo G., Barrio E., Yanguas J.J., Izal M. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Donostia- San Sebastián: Gobierno Vasco.
- Schiamberg, L.B y Gans, D. M. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50 (4): 329-59.
- Schmeidel, A. N.; Daly, J. M.; Rosenbaum, M. E.; Schmuck, G. A.; Jogerst, G. J., (2012) Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 24.1: 17-36.

- Schofield, M. J.; Powers, J. R.; Loxton, D., (2013). Mortality and disability outcomes of selfreported elder abuse: A 12year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society* 61.5: 679-685.
- Seff, L. R., Beaulaurier, R. L., y Newman, F. L. (2008). Nonphysical abuse: Findings in domestic violence against older women study. *Journal of Emotional Abuse*, 8, 355–374.
- Sengstock, M. C. y Hwalek, M. (1987). A review and analysis of measures for the identification of elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 10(3/4), 21-36.
- Sengstock, M.C. y O'Brien, J.G. (2002). Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals.  
<http://hometown.aol.com/mcsengtoc/elderabuse.htm>
- Sibbald, B.J.; Holroyd-Leduc, J. M. (2012) Protecting our most vulnerable elders from abuse. *Canadian Medical Association Journal* 184.16: 1763.
- Sierra, R. (1984). *Ciencias Sociales. Epistemología, lógica y metodología*. 1ª Ed., Madrid:Paraninfo.
- Steinmetz, S. K. (1988): *Duty Bound: Elder Abuse and Family Care*, Newbury Park, CA, Sage Publications.
- Stole, P; Hiller, L.; Etkin, M.; Mcleod, J., (2012). Flying by the Seat of Our Pants: Current Processes to Share Best Practices to Deal With Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 24.2: 179-194.



- Tabueña, M., (2006). *Los abusos a las personas mayores*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- Tabueña, M. y De Vicente, I. (2006). Malos tratos y vejez: un enfoque integral. VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Zaragoza.
- Thobaben, M. (2012). Elder Abuse Is a Crime That Home Health Nurses Can Help Prevent From Occurring. *Home Health Care Management & Practice* 24(2) 107–109.
- Tolan, P., Gorman-Smith, D., y Henry, D. (2006). Family violence. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 557–583.
- Toledano, L. (2009): “¿Se puede?” *Trabajo social en domicilios de ancianos*. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona.
- Toledano, L. (2011). Ancianos maltratados, ancianos que maltratan. Abuso, negligencia, “mobbing” y otras formas “normales” de maltrato. *TSNova*, 61-72.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo, S., Conde, L. y Montoro-Rodríguez, J. (2008). Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *INFAD Revista de Psicología*, Nº 1, Vol. 4 , 455-464.
- Triadó, C.; Villar, F.; Solé, C.; Celdrán, M; Pinazo, M y Conde, L. (2009). Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol. *INFAD Revista de Psicología*, Nº 1, Vol. 3, 497-506.

- Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study [online]. Available at <http://www.lifespan-roch.org/documents/UndertheRadar051211.pdf>.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*. Vol.1. pp. 15-22.
- Vida, S., Monks, R.C., y DesRosiers, P. (2002): Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.
- Villalba, C. (2002). Redes de apoyo social de abuelas cuidadoras. *Portularia* 2: 263-282.
- Wolf, R.S., Strugnell, C.P. y Godkin, M.A. (1982). *Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse*, Center on Aging. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical Center.
- Wolf, R.S. y Pillemer, K.A. (1989). *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press.
- Wolf, R.S. (1997). Elder Abuse and Neglect: Causes and Consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (1), 153-174.
- Xunta de Galicia (2011). *Guía de actuación coordinada contra o maltrato de persoas maiores ou adultas con discapacidade*. Secretaría Xral de Política Social.
- Yaffé, M.J., Wolfson, C., Lithwick, M. y Weiss, D. (2008): Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), 276-300.

- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20, 276–300.
- Yaffe, M.; Weiss, D. Lithwick, M. (2012). Seniors' Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24:4, 277-292, DOI: 10.1080/08946566.2011.652930
- Yan, E. y Tang, C. (2004). Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.